Cena 1 zł. 50 gr.

Pielęgniarka Polska

CZASOPISMO ZWIĄZKU ZAWODOWEGO PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA

Rok 5 (XVI) Grudzień 1952 Nr 12



PAŃSTWOWY ZAKŁAD WYDAWNICTW LEKARSKICH

TREŚĆ

СОДЕРЖАНИЕ

SOMMAIRE

REGULAMIN OGŁASZANIA PRAC: 1) objętość prac nadsyłanych do Redakcji nie powinna przekraczać 5 stron pisma maszynowego; rękopisy pisane jednostronnie, z odstępem 1-wierszowym, z marginesem 3 cm; 2) autor winien podać: swój tytuł, imię, nazwisko, adres oraz źródła, na których oparł pracę; 3) fotografie (na błyszczącym papierze) należy opatrzyć dokładnym opisem; 4) Redakcja zastrzega sobie prawo poprawek.

Przekazano do PPK „Ruch" dn. 20.XII.52 r.

Pielęgniarka Polska

CZASOPISMO ZWIĄZKU ZAWODOWEGO PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA

Rok 5 (XVI) Grudzień 1952 Nr 12



Towarzysz Józef Stalin kończy 73 lat życia.

Piękne i groźne jest morze,
Gdy pędzi po falach szkwał,
piękny jest w niebie orzeł
nad szczytami urwistych skał,

piękny jest napór i trwanie,
piękny jest lot i polot:
morze zatrzyma granit,
orła wyprzedzi samolot,

myśli wyprzedzą czyny,
czyny legną opoką...
Chwała imieniu Stalina!
Pokój Światu, pokój...

Władysław Broniewski
(z poematu „Słowo o Stalinie")

STALIN — imię to — jak symbol wolności i sprawiedliwości dla wszystkich — pada z ust wojowników Vietnamu, Malajów, Indii i Filipin.

STALIN — powtarzają bohaterscy żołnierze Korei, walcząc o wyzwolenie swej umęczonej przez imperialistów ojczyzny.

STALIN — z tym imieniem na sztandarze idą w bój o swą wolność gnębieni robotnicy i chłopi całego świata — bój o zrzucenie jarzma wyzysku.

Powtarzając z miłością słowo STALIN, wznoszą swe radosne budowle wolni budowniczowie ZSRR, krajów demokracji ludowych, Chin i Niemieckiej Republiki Demokratycznej.

STALIN — brzmi wszędzie tam, gdzie toczy się walka o Nowe, o Lepsze, o Wolność, o Pokój.

WIELKI ZJAZD

Dzięki rozstrzygającej roli, jaką w drugiej wojnie światowej odegrał Związek Radziecki, powstały warunki, w których szereg krajów mógł zawrócić z kapitalistycznej drogi rozwoju i wkroczyć na drogę demokracji ludowej. Autorytet partii Lenina i Stalina na arenie międzynarodowej wzrósł jeszcze bardziej, bardziej jeszcze wzrosły szacunek i zaufanie, jakimi cieszy się ona wśród mas pracujących innych krajów.

Jej interesy są interesami miłujących pokój narodów, obrady jej odbijają się szerokim echem na całym świecie, a w szczególności w krajach budujących socjalizm.

Obrady XIX Zjazdu KPZR, który naświetlił wielki szlak dalszego rozwoju Związku Radzieckiego na drodze do komunizmu, są sprawą nas, Polaków, sprawą każdego kto miłuje Ojczyznę, kto pragnie Jej rozkwitu i szczęścia, każdego, kto widząc tragedię ludów Korei, Vietnamu, czy Burmy, tym bardziej pragnie zachowania i utrwalenia pokoju dla Polski i narodów całego świata.

We wszystkich przemówieniach delegatów na Zjazd przewijała się troska o człowieka. Troska ta znalazła swój wyraz w dyrektywach piątego 5-letniego Planu Związku Radzieckiego. Dotyczy ona:

1) stale polepszającego się zaopatrywania mas pracujących w artykuły konsumpcyjne oraz obniżenia cen;
2) wzrostu budownictwa mieszkaniowego;
3) rozwoju szkolnictwa i nauk wyższych;
4) rozwoju kultury i sztuki;
5) rozwoju ochrony zdrowia.

Już w r. 1918 władza radziecka wydała dekret o zapewnieniu powszechnej, bezpłatnej i kwalifikowanej pomocy lekarskiej i farmaceutycznej, o higienie osiedli i żywienia zbiorowego, o profilaktyce chorób zakaźnych, o walce z chorobami społecznymi.

Trudne były z początku drogi rozwoju radzieckiej służby zdrowia. Piętrzące się trudności — spuścizna po rządach carów — zostały zwycięsko pokonane, a dzisiejsza służba zdrowia Związku Radzieckiego może się pochlubić szeregiem wspaniałych osiągnięć jak: rozległa sieć wykwalifikowanej pomocy lekarskiej, rozwój nauk medycznych, wysoki poziom sanitarny kraju oraz wysoki poziom oświaty sanitarnej.

W rezolucji XIX Zjazdu WKP(b) w sprawie referatu przewodniczącego Państwowej Komisji Planowania, tow. *M. Saburowa* w pkt. IV, w podpunkt 4 czytamy:

„Zapewnić dalsze polepszenie i rozwój służby zdrowia. Rozszerzyć w ciągu pięciolecia sieć szpitali, poradni, domów położniczych, sanatoriów, domów wypoczynkowych, żłobków, przedszkoli, zwiększając liczbę łóżek w szpitalach co najmniej o 20%, liczbę miejsc w sanatoriach co najmniej o 15%, w domach wypoczynkowych — o 30%, w żłobkach — o 20%, w przedszkolach — o 40%.

Zwiększyć w ciągu pięciolecia liczbę łóżek szpitalnych w Litewskiej SRR w przybliżeniu o 40%, w Łotewskiej SRR — o 30% i w Estońskiej SRR — o 30%.

Zapewnić dalsze wyposażenie szpitali, poradni i sanatoriów w najnowocześniejszy sprzęt lekarski i podnieść kulturę ich pracy.

Zwiększyć w ciągu pięciolecia liczbę lekarzy w kraju co najmniej o 25% i podjąć na szeroką skalę kroki mające na celu doskonalenie lekarzy w ich zawodzie.

Skierować wysiłki pracowników naukowych w dziedzinie medycyny na rozwiązanie najważniejszych zadań służby zdrowia, zwracając szczególną uwagę na zagadnienia profilaktyki, zapewnić szybsze stosowanie w praktyce osiągnięć medycyny.

Zwiększyć w 1955 r. co najmniej 2,5 raza w porównaniu z 1950 r. produkcję lekarstw, urządzeń i instrumentów leczniczych, zwracając szczególną uwagę na rozwinięcie produkcji najnowszych leków i innych skutecznych środków leczniczo-profilaktycznych oraz nowoczesnych urządzeń diagnostycznych i leczniczych.

Zapewnić dalszy rozwój kultury fizycznej i sportu".

Szczególną troską cieszą się w Związku Radzieckim matka i dziecko.

W czasie wojny wydano ustawę o pomocy kobietom ciężarnym oraz kobietom wielodzietnym i samotnym. Jedynym krajem na świecie, gdzie wprowadzono pojęcie „Matki-bohaterki" jest Związek Radziecki. Jedynie Związek Radziecki przeznacza na cele opieki nad matką i dzieckiem tak wysokie sumy w swym budżecie.

Wykładnikiem polityki każdego kraju, odbiciem jego celów polityczno-ekonomicznych jest

jego budżet. Porównajmy więc: w roku budżetowym 1951/52 Stany Zjednoczone przeznaczyły na wydatki zbrojeniowe 87% całego budżetu, zaś na ochronę zdrowia ludności... niecały 1%. A Związek Radziecki? W swym referacie na XIX Zjeździe KPZR *A. Malenkow* powiedział:

„Wydatki państwowe na ochronę zdrowia, łącznie z wydatkami na te cele z funduszów ubezpieczeń społecznych, wzrosły z 11,2 miliarda rubli w 1940 do 26,4 miliarda rubli w 1951 roku. Na tej podstawie osiągnięto dalsze usprawnienie i rozszerzenie zasięgu opieki lekarskiej i sanitarnej nad ludnością. Liczba łóżek szpitalnych w miastach i miejscowościach wiejskich wzrosła w 1951 roku o 30% w porównaniu z rokiem 1940. Rozbudowana została sieć sanatoriów. Liczba lekarzy w kraju wzrosła o 30%.

Dzięki podniesieniu stopy życiowej i poziomu kulturalnego ludności oraz dzięki poprawie służby zdrowia spadła śmiertelność w naszym kraju. W ciągu ostatnich trzech lat przyrost naturalny wyniósł 9 milionów 500 tysięcy osób".

Nie wolno zapominać, że narody Azji Środkowej jak: Kirgizja. Uzbekistan czy Kazachstan były gnębione, zaniedbane i utrzymywane celowo w ciemnocie przez carat, a służba zdrowia na tych obszarach prawie że nie istniała. Obecnie wysiłki władzy radzieckiej idą w kierunku zrównania poziomu życia narodów Azji Środkowej z poziomem bytu narodów Rosji Europejskiej, zgodnie z zasadami leninowsko-stalinowskiej polityki narodowościowej.

Równolegle z rozwojem ochrony zdrowia w Związku Radzieckim rośnie sieć zakładów szkolenia i doskonalenia lekarzy, sieć szkół pielęgniarskich i felczerskich, sieć poważnych doskonale wyposażonych zakładów badawczo naukowych i doświadczalnych.

Podczas gdy kapitalizm widzi w człowieku jedynie siłę pomnażającą zyski kapitalisty i nie troszczy się o człowieka, bo rodząc stale kryzys i bezrobocie, siły tej ma zawsze pod dostatkiem, ustrój socjalistyczny traktuje człowieka jako najbardziej wartościowy, najcenniejszy kapitał, otacza go opieką i troską. Stąd szczególny nacisk w ochronie zdrowia kładzie Związek Radziecki na zapobieganie chorobie i kalectwu.

Troskę o człowieka widzimy nie tylko w tej części uchwalonych dyrektyw w sprawie planu 5-letniego, w której mówi się o poprawie warunków bytu człowieka radzieckiego i ochronie jego zdrowia. Komunistyczna Partia Związku Radzieckiego kierowała się tą troską uchwalając całość dyrektyw. Podniesienie produkcji przemysłowej, budowa elektrowni, rozwój budownictwa, podniesienie wydajności z hektara, rozwój rolnictwa i hodowli, przeobrażanie przyrody w stepowych i leśno-stepowych rejonach europejskiej części ZSRR, zakładanie pasów leśnych, nawadnianie gruntów, nawadnianie na bazie wykorzystywania energii elektrycznej, osuszanie bagien, rozbudowa parków maszynowych, zwiększenie zastosowania energii elektrycznej w rolnictwie, mechanizacja robót pracochłonnych — wszystko to ma służyć człowiekowi, ma ułatwić mu pracę, uczynić ją lżejszą, powoli zacierać różnice pomiędzy pracą fizyczną a umysłową, ma na celu uczynić pracę potrzebą i radością życia.

Istotne cechy i wymogi podstawowego prawa socjalizmu, jak uczy Towarzysz *Stalin*, polegają na zapewnieniu maksymalnego zaspokojenia stale rosnących materialnych i kulturalnych potrzeb całego społeczeństwa w drodze nieprzerwanego wzrostu i doskonalenia produkcji socjalistycznej, w oparciu o najwyższą technikę.

Pięcioletni Plan Związku Radzieckiego — to plan pokojowego budownictwa gospodarczego i kulturalnego, a jego wykonanie będzie nowym, wielkim wkładem w dzieło utrwalenia pokoju na całym świecie.

„Ludzie radzieccy nie będą szczędzili sił, ażeby zapewnić pomyślne wykonanie i przekroczenie nowego planu pięcioletniego. Ściśle zespolony wokół Partii Komunistycznej, wokół swego wodza i Nauczyciela, Wielkiego Stalina, naród radziecki kroczy zdecydowanie naprzód do komunizmu" — powiedział tow. *M. Z. Saburow*, kończąc swój referat na XIX Zjeździe Partii.

XIX Zjazd KPZR odbijając się szerokim echem na całym świecie, wzmógł aktywność mas pracujących w krajach demokracji ludowych, które pragną iść w ślady dzielnych budowniczych Związku Radzieckiego, budując w swych krajach socjalizm, obudził nadzieje wśród mas pracujących krajów kapitalistycznych, dla których pokojowe budownictwo Związku Radzieckiego stanowi gwarancję pokoju.

Dla uczczenia XIX Zjazdu robotnicy i chłopi krajów demokracji ludowych podjęli szereg zobowiązań, które podniosły wydajność pracy i wraz z przekroczeniem planów dały ogólny poważny wzrost produkcji.

Przemawiając na XIX Zjeździe WKP(b) przewodniczący KC PZPR, tow. *Bolesław Bierut* powiedział:

„Nowa pięciolatka stalinowska podnosi jeszcze wyżej w masach pracujących całego świata poczucie słuszności ich sprawy i wiarę w jej zwycięstwo. Oto dlaczego obecny Zjazd WKP(b) stał się tak bliskim i doniosłym wydarzeniem w życiu ludu pracującego na całej kuli ziemskiej, w tej liczbie również w życiu ludu pracującego Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej, który ze szczególnym rozmachem i entuzjazmem współzawodnictwa socjalistycznego wita ten Zjazd, jako wielki tryumf nadziei mas pracujących całego świata".

ANNA BIERNACKA

WALCZYMY O POZIOM USŁUG

Wraz z przejawami gospodarczymi i politycznymi zachodzącymi w naszym kraju — zmienia się i rośnie polska służba zdrowia. Stosunki społeczne i ekonomiczne, w jakich żyjemy i w których budowie bierzemy udział, zmieniają oblicze naszej służby zdrowia. Pamiętamy jeszcze jej smutne tradycje z okresu przedwojennego, zacofanie i wąski zasięg — cechy charakterystyczne dla każdej służby zdrowia w ustroju kapitalistycznym.

Krajowa Narada Pracowników Służby Zdrowia, która odbyła się 15 października rb., w okresie, gdy cały zjednoczony naród polski przygotowywał się do wyborów do Sejmu, uprzytomniła nam ogromny przełom, jaki został dokonany w służbie zdrowia na przestrzeni 8 lat, dzielących nas od odzyskania niepodległości.

Charakterystyki służby zdrowia w okresie przedwojennym oraz bilansu osiągnięć Polski Ludowej dokonał na Krajowej Naradzie Minister *Jerzy Sztachelski.*

Warto przytoczyć niektóre przykłady obrazujące wręcz tragiczny stan ówczesnej opieki zdrowotnej nad ludnością w Polsce rządzonej przez kapitalistów. Warto, chociażby ze względu na to, iż wśród naszych koleżanek znajduje się wiele takich, dla których owe czasy są już jedynie historią odległą i niezawsze dobrze znaną.

W Polsce przedwrześniowej, jednym z najuboższych krajów pod względem kadr lekarskich, 56 p o w i a t ó w było pozbawionych jakichkolwiek zakładów leczniczych. Należy to sobie uprzytomnić w zestawieniu z okresem dzisiejszym, kiedy toczymy walkę o rozszerzenie i zagęszczenie sieci instytucji służby zdrowia — na wsi.

I tak, gdy w roku 1938 mieliśmy po wsiach łącznie 68 ośrodków zdrowia, dziś mamy ich 900 , gdy przed wojną zaledwie 25% porodów w c a ł y m k r a j u odbywało się w asyście położnych, dzisiaj ok. 65% porodów na w s i odbywa się w obecności położnych lub w szpitalach. I jeszcze: gdy w Polsce przedwrześniowej zaledwie kilkanaście powiatów posiadało karetki sanitarne, dzisiaj 2/3 powiatów dysponuje karetkami obsługującymi także i wieś.

Wzrost liczby łóżek szpitalnych i sanatoryjnych, liczby żłobków i prewentoriów, poważny rozwój przemysłu farmaceutycznego — wszystko to mieści się w bilansie naszych osiągnięć na polu poprawy opieki nad chorym człowiekiem pracy.

Minister Sztachelski w swym referacie mówi:

„W odróżnieniu od Polski przedwrześniowej, gdzie dostęp do lekarza i instytucji służby zdrowia miała jedynie zamożna część społeczeństwa — opieka lekarska w Polsce Ludowej została przestawiona na służbę ludziom pracy. Zostało to dokonane poprzez szeroki rozwój ubezpieczeń społecznych. Podczas gdy w Polsce przedwrześniowej liczba ubezpieczonych wraz z rodzinami wynosiła niespełna 15%, to obecnie znacznie już przekroczyła połowę całej ludności. Zostały zniesione ograniczenia w korzystaniu z pomocy lekarskiej dla ubezpieczonych.

Obecnie fakt ubezpieczenia daje możność korzystania z pełnej pomocy lekarskiej i to zarówno ambulatoryjnej, jak i szpitalnej czy sanatoryjnej tak długo, jak długo pomoc ta jest niezbędna. Jest to niesłychanie istotna zmiana i postęp w stosunku do okresu przedwrześniowego".

W dobie budowy socjalizmu w naszym kraju, w dobie, gdy bezrobocie stało się jedynie dla nas pojęciem kojarzonym z sytuacją ekonomiczną krajów kapitalistycznych, w dobie gdzie człowiek został uznany za rzecz cenną i wymagającą żywej troski państwa — polska służba zdrowia ma ogromnie poważne i szerokie pole do działania. Ma ona do wypełnienia zadanie zabezpieczenia warunków higieniczno-zdrowotnych tym wszystkim, którym praca jest niezbędna dla budowy nowego, wspaniałego jutra naszej Ojczyzny.

Stąd szczególna troska służby zdrowia o zasadnicze ogniwa decydujące o gospodarczym rozwoju naszego kraju, — o wielki przemysł, uspółdzielczoną wieś i PGR. Stąd tak poważny nacisk na profilaktykę i zagadnienia bezpieczeństwa i higieny pracy, stąd troska o zagadnienia sanitarne w mieście i na wsi.

Szybkie tempo, w jakim musi wzrastać nasza służba zdrowia, wciąż rodzące się nowe potrzeby — wymagają równie szybkiego wzrostu kadr medycznych: lekarzy, pielęgniarek, felczerów i wyspecjalizowanego średniego personelu medycznego.

Rozwój zakładów naukowych wszystkich stopni i rodzajów, szczególna troska o kadry, ich szkolenie i doszkalanie — zapewnią nam należytą obsadę placówek służby zdrowia. A jak powiada o tym swym referacie Minister Sztachelski:

„Obecnie przeszło 60% słuchaczy to młodzież robotnicza lub chłopska. Ta nowa inteligencja związana więzami pochodzenia z klasą robotniczą i pracującym chłopstwem, kształcona przez Polskę Ludową, ułatwi w szerokim zakresie postawienie całego systemu ochrony zdrowia na służbę mas pracujących miast i wsi".

Nowe warunki, w jakich pracują nasi pracownicy służby zdrowia, kształtują ich postawę zawodową i społeczną, kształtują ich stosunek do człowieka, do nauki i zagadnień całej służby zdrowia.

Przez wszystkie wypowiedzi na Krajowej Naradzie przewijała się głęboka troska o człowieka, o zapewnienie mu nie tylko najlepszej jakościowo opieki, pomocy i leczenia, lecz także troska o właściwy stosunek do chorego. Minister Sztachelski, cytując szereg przykładów karygodnego niedbalstwa i bezduszności, potępił tych pracowników służby zdrowia, którzy nie potrafili jeszcze przełamać naleciałości ustroju burżuazyjnego i skostnieli w biurokratycznej rutynie.

Rozległe kadry średniego personelu służby zdrowia, kadry pielęgniarskie powinny zrewidować swój, nie zawsze odpowiedni, stosunek do człowieka potrzebującego ich opieki, pomocy i troski. Pierwsze zetknięcie pacjenta z chorobą, ze szpitalem, z personelem służby zdrowia, z przygotowaniem przedoperacyjnym — oto momenty, w których pielęgniarka wykazuje swój stosunek do człowieka — do społeczeństwa. Czy stosunek ten jest zawsze odpowiedni, właściwy? Czy błędy pracowników służby zdrowia nie noszą na sobie niejednokrotnie piętna wpływów wstecznej ideologii?

Nad tym warto by się zastanowić, oczyszczając stale i wytrwale atmosferę środowiska pracowników służby zdrowia. Warto by się zastanowić, czy przyświeca nam w pracy humanistyczna dewiza stalinowska o konieczności stałej troski o człowieka — „najcenniejszy i najbardziej decydujący kapitał".

Minister Sztachelski przytacza dwa przykłady tak bardzo odmiennie pojętego obowiązku pomocy człowiekowi przez pracowników służby zdrowia. Cytujemy:

„Duża część pracowników służby zdrowia coraz lepiej rozumie swoje obowiązki wobec klasy robotniczej, wobec ludu polskiego i daje w pracy piękne dowody tej świadomości. Podnosi się stale poziom pracy naszych instytucji i zakładów. Są tak piękne przykłady ofiarnej pracy jak np. pracowników Stacji Krwiodawstwa w Lublinie: Izba Porodowa w Nałęczowie zażądała telefonicznie krwi do przetoczenia. Krwi danej grupy w tym momencie na Stacji nie było. Wobec tego jedna z pracownic Stacji, asystentka medyczna, Bąk Irena, dała swoją krew, a inna pracownica — Czapla Halina, ponieważ drogi były zasypane śniegiem nie do przebycia dla karetki samochodowej, podjęła się dostarczyć krew sankami. Gdy jednak wskutek zasp i sanki utknęły w śniegu, ob. Czapla resztę drogi przebyła pieszo, brnąc w głębokim śniegu i dostarczyła na czas krew, ratując przez to życie wykrwawionej chorej.

Na przykładzie tych i wielu innych pracowników służby zdrowia i instytucji formuje się nowy, głęboko społeczny, socjalistyczny w swej treści styl pracy służby zdrowia. Nawiązuje on do najlepszych tradycji medycyny polskiej, która w każdym swym okresie może się poszczycić pięknymi przykładami ofiarnej służby dla społeczeństwa".

A następnie:

„Oto inny pożałowania godny wypadek: ob. Malewski robotnik budowlany, pracujący pod Warszawą, został podczas pracy zraniony w gałkę oczną opiłkiem żelaznym, który utkwił w rogówce. Ob. Malewski bezpośrednio po wypadku został przewieziony do Warszawy i zgłosił się do przychodni przy ul. Mariańskiej. Urzędowy informator oświadczył mu, że lekarza nie ma, co nie odpowiadało prawdzie. Chory szukał dalej pomocy: zgłosił się do Szpitala Nr 1. Pielęgniarki zatrudnione w tym czasie na izbie przyjęć, nie skierowały chorego do dyżurnego lekarza, oświadczając, że lekarzy nie ma, co również nie odpowiadało prawdzie. Poleciły mu przyjść nazajutrz. Następnego dnia chory nie został przyjęty, ponieważ była to niedziela. Wreszcie gdy chory trafił do lekarza — stwierdzono konieczność usunięcia gałki ocznej, ponieważ pozostawienie jej groziło zapaleniem współczulnym oka drugiego. Fakt, że chory był młodym robotnikiem, nie orientującym się jak i gdzie otrzymać pomoc, że z całym zaufaniem zwracał się o pomoc i słuchał rad pracowników służby zdrowia, że był okaleczony przy pracy, że przyjechał z poza Warszawy, wreszcie, że cierpiał, bo to było widoczne nawet dla niefachowego obserwatora — wszystko to nie wzruszyło bezdusznych ludzi, nie wywołało prostej ludzkiej reakcji z ich strony. Pozbywali się chorego jak natręta — a w rezultacie wyrządzili mu niepowetowaną szkodę".

Pielęgniarka, najbliższy współpracownik lekarza, sprawująca bezpośrednią opiekę nad chorym, może bodaj najlepiej i powinna wykazać głęboko ludzki troskliwy, socjalistyczny stosunek do człowieka. Powinna zdać sobie sprawę z roli, jaką odgrywa w łańcuchu ogniw służby zdrowia, powinna świadomie i bojowo walczyć z przejawami wrogości do człowieka, z przejawami biurokratyzmu i bezduszności.

Na czym powinna polegać ta walka? Przede wszystkim na przestrzeganiu u siebie i u innych świadomej dyscypliny zawodowej, obowiązkowości i socjalistycznej etyki postępowania. Musimy walczyć z przejawami lekceważenia pracy, niestety nierzadko jeszcze spotykanymi wśród personelu pielęgniarskiego, realizując socjalistyczną zasadę, że praca jest sprawą honoru i godności. Musimy walczyć z przejawami brutalności, wyrażającej się w złym stosunku do dziecka, które nie umie się poskarżyć, opryskliwym odnoszeniem się do zgłaszającego się chorego, złym obchodzeniem się z chorym nieprzytomnym...

„Walka o wysoki poziom etyczny, o wysokie uspołecznienie może dać duże rezultaty, jeżeli podejmą ją przede wszystkim sami pracownicy służby zdrowia. Jest to więc zadanie, które staje przede wszystkim przed organizacjami partyjnymi w naszych instytucjach, a następnie przed organizacjami Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia, przed całą prasą lekarską, jak również przed organizacjami młodzieżowymi na akademiach medycznych i w szkołach średnich. Warto przeanalizować w każdym zakładzie przy udziale wszystkich pracowników sprawę troski o człowieka, przeprowadzić surową i wymagającą krytykę, wyłowić braki i błędy, wypracować wnioski i przystąpić do wcielenia ich w życie" — mówił tow. Minister Sztachelski.

Naród polski oczekuje od swych kadr pielęgniarskich, włączających się w budowę nowej socjalistycznej służby zdrowia, wysokiego poziomu etycznego i społecznego.

My, pielęgniarki zaufania tego zawieść nie możemy.

Anna Biernacka

Szczepienia przeciwgruźlicze B.C.G. zmniejszają zachorowalność i śmiertelność na gruźlicę

DR ALFRED FIDERKIEWICZ
Przewodniczący Z. Gł. ZZPSZ

PIELĘGNIARKI PRZED WYBORAMI DO ZZPSZ

W naszej pracy związkowej przekonaliśmy się niejednokrotnie, że zakłady Służby Zdrowia, w których wre życie społeczne, gdzie dobrze funkcjonuje ZZPSZ, gdzie systematycznie odbywają się narady produkcyjne i rozwija się praca kulturalno-oświatowa — wybijają się na czoło także i w lecznictwie.

Nie ulega wątpliwości, że poziom pracy zakładu leczniczego i jakość opieki nad chorymi zależą w dużej mierze od stopnia wyrobienia społeczno- politycznego personelu i od właściwego podejścia do pracy zawodowej, co m.in. znajduje swój wyraz w aktywności socjalistycznego współzawodnictwa.

Zdajemy sobie sprawę, że pielęgniarka w ustroju socjalistycznym to nie tylko wykwalifikowana siła zawodowa, lecz także bardzo poważny czynnik społeczny każdego zakładu leczniczego. Trzeba jednak przyznać, że wiele pielęgniarek nie bierze jeszcze dostatecznie aktywnego udziału w pracy związkowej. Niektóre tłumaczą się przepracowaniem, inne po prostu okazują brak zainteresowania i obojętnie przechodzą obok tak poważnych spraw, jakby nie rozumiały, że **żadna działalność nie może rozwijać się w oderwaniu od spraw społecznych**.

Nikt nie powinien uchylać się od pracy związkowej. Dotyczy to szczególnie pielęgniarek. Ich masowy udział w życiu społecznym i politycznym jest nieodzowny dla operatywnej pracy związkowej, bez niej bowiem nie do pomyślenia jest stałe podnoszenie jakości opieki nad chorymi i sprawne funkcjonowanie zakładu leczniczego, jako całości.

Jesteśmy w okresie wyborów do władz związkowych. Od właściwego wyboru kadr kierowniczych zależy praca kół związkowych.

Pielęgniarki muszą nie tylko wziąć czynny udział w akcji wyborczej do władz Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia, ale wiele z nich powinno wejść do terenowych władz związku.

Rozpoczynając kampanię wyborczą w służbie zdrowia musimy przejąć się entuzjazmem Frontu Narodowego, który w wyborach do Sejmu Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej dowiódł jednomyślności narodu w sprawie walki o Plan 6-letni i pokój na świecie.

Wybory odbywają się pod hasłem **walki o wykonanie planów i usprawnienia na każdym polu — zawodowym, gospodarczym i kulturalnym.**

Drogą krytyki i samokrytyki trzeba usprawnić organizację pracy związkowej, wyeliminować niedomagania, wzmocnić czujność i autorytet naszego związku.

Trzeba pracować nad podniesieniem poziomu ideologicznego; wyrwać nieuświadomionych z rąk naszych wrogów; walczyć z alkoholizmem, bumelanctwem, marnotrawstwem i niechlujstwem.

W dziedzinie pracy kulturalno-oświatowej mają pielęgniarki szerokie pole do działania: zwrócić szczególną uwagę na młodzież, dopomóc jej w zdobywaniu wiedzy, podsuwać wartościowe książki, organizować kursy dobrego czytania, tworzyć zespoły teatralne, chóry, orkiestry itp. Rozpowszechniać czytanie pism związkowych. Wszystkie pielęgniarki powinny prenumerować miesięcznik „Pielęgniarka Polska".

Trzeba popularyzować sport wśród młodzieży, a także wśród pielęgniarek, które ze względu na rodzaj swej pracy zawodowej powinny w wolnych chwilach jak najwięcej przebywać na powietrzu, dbać o swoje zdrowie i rozwój fizyczny.

Oto nasze zadania.

Jedynie praca zespołowa przyczyni się do wykonania naszych zadań w walce o jak najlepszą opiekę nad człowiekiem pracy, który wznosi wspaniały gmach nowej, socjalistycznej Polski.

Alfred Fiderkiewicz

Dr WACŁAW LIETZ

Kliniczna analiza krwi

Krew, krążąc w naczyniach krwionośnych — tętnicach, żyłach i włośniczkach — odżywia wszystkie tkanki, dostarczając im wszelkich składników koniecznych do życia, rozwoju i sprawnego działania tkanek, a następnie przenosi z sobą wszelkie wytwory przemiany materii w inne miejsca ustroju, względnie, jako substancje ustrojowi niepotrzebne, wydala je na zewnątrz przez nerki, płuca, jelita i skórę.

Krew jest łącznikiem pomiędzy wszystkimi narządami i tkankami żywego ustroju i wiąże się ściśle z tkankową cieczą międzykomórkową oraz limfą. Nie można więc uważać krwi za jakiś oddzielny i samodzielny płyn, izolowany w zamkniętym układzie naczyniowym, ponieważ w rzeczywistości krew stanowi tylko pewną szczególną część płynnego środowiska wewnątrzustrojowego, opływającego wszystkie komórki, a złożonego z krwi, limfy i tkankowej cieczy międzykomórkowej. Fizjologiczna rola tych płynów nie da się nawet teoretycznie od siebie oddzielić.

Płyny ustrojowe, stanowiące 2/3 ogólnej wagi ciała, utworzone są przez: 1) krew i limfę, które krążą w układzie naczyniowym, 2) przez płyny surowicze, mieszczące się luźno w miąższu tkanek i w jamach surowiczych ciała oraz 3) przez wodę, stanowiącą podstawowy składnik materii ożywionej i związanej organicznie z poszczególnymi elementami anatomicznymi czyli — wodę wewnątrzkomórkową. W tym zestawieniu bardzo prosto przedstawia się powiązanie i łatwość wzajemnej wymiany pomiędzy osoczem krwi a płynami śródtkankowymi.

OD CZEGO ZALEŻY SKŁAD KRWI?

Najbardziej zasadnicza fizjologiczna rola krwi polega na przenoszeniu tlenu i bezwodnika kwasu węglowego (dwutlenku węgla) pomiędzy narządem oddechowym a tkankami oraz na przenoszeniu wszelkich składników odżywczych i wytworów przemiany materii, jaka odbywa się we wszystkich komórkach i tkankach. Te trzy najprostsze i najbardziej podstawowe funkcje dowodzą, że krew w istocie rzeczy ściśle i nierozdzielnie wiąże się z układem oddechowym, pokarmowym i wydalniczym, i że skład jej uzależniony jest w dużym stopniu od tych trzech układów.

Ponieważ zadaniem krwi jest rozdział substancji ustrojowi potrzebnych, krew zawiera w sobie najróżniejsze ciała białkowe, tłuszczowe i węglowodanowe oraz wytwory ich przemiany — prawidłowe i patologiczne. Do wszystkich narządów krew dostarcza składników, które po przetworzeniu stają się następnie swoistymi wydzielinami lub wydalinami. Krew zbiera w sobie niezliczoną ilość różnorodnych wydzielin, i to nie tylko gruczołów wydzielania wewnętrznego, tzw. gruczołów dokrewnych — dla których jest jedynym przenośnikiem — ale także bezwątpienia wiele innych, jeszcze mało dotąd poznanych produktów rozmaitych narządów miąższowych. Dzięki pośrednictwu krwi — ściślej mówiąc, za pomocą zawartych w niej hormonów — działają na siebie wzajem poszczególne odległe narządy, zapewniając w ten sposób harmonijną i celową pracę ustroju jako całości.

Łatwo zatem zrozumiemy, że wszelkie zmiany chorobowe w jakimkolwiek narządzie wydzielniczym zmienią natychmiast prawidłowy skład krwi; że wszelkie zaburzenia czynnościowe jakiegobądź narządu wydalniczego zwichną w jakimś stopniu dotychczasową — fizyczną lub chemiczną — równowagę krwi. Wtedy właśnie pojawią się we krwi albo jakieś nieprawidłowe substancje, albo uderzająco — patologicznie — wzrośnie zawartość poszczególnych składników znajdujących się normalnie we krwi.

Albo więc we krwi nagromadzą się w nadmiarze substancje zwykle wydalane na zewnątrz (jak mocznik i kwas moczowy, np. w kłębuszkowym zapaleniu nerek), albo też krew rozniesie je po ustroju i złoży w niektórych tkankach (jak np. barwniki i sole żółciowe — w żółtaczce mechanicznej), albo wreszcie krew, aby się ich pozbyć, odłoży nadmiar w najdrobniejszych szczelinach śródtkankowych i w jamach surowiczych (jak się to dzieje np. z solą kuchenną i wodą — w obrzękach).

Już tych kilka przykładów wystarcza by wykazać w jakim stopniu nieprawidłowość w składzie krwi stoją w związku ze schorzeniami rozmaitych narządów ciała.

Jeśli jeszcze dodamy, że we krwi mieszczą się wszelkiego rodzaju ciała odpornościowe, przeciwciała, i że we krwi gromadzą się najrozmaitsze zaczyny (fermenty) — stanie się jasne, że krew biorąc podstawowy udział we wszystkich przejawach życiowych, musi odzwierciadlać także wszelkie stany chorobowe, wszelkie choroby bowiem wpływają w ten czy inny sposób na ilościową lub jakościową zmianę całej krwi normalnej lub poszczególnych jej składników.

Kliniczna analiza krwi należy do codziennych, najpowszechniejszych i zasadniczych badań laboratoryjnych, i z badania tego rodzaju trzeba umieć wyciągnąć właściwe wnioski, co wcale nie jest rzeczą łatwą i prostą... Nie znając się dobrze na tym, można nie wykorzystać jak się należy wyników badania krwi i co gorsza — można popełniać omyłki rozpoznawcze, co z kolei odbije się bezwątpienia na leczeniu pacjenta.

DZIAŁY ANALIZY KRWI

Kliniczna analiza krwi obejmuje szereg rozmaitych badań, które ogólnie dzielimy na: 1) badania fizyczne krwi (dotyczą one określania ilości krwi krążącej w ustroju, określenia objętości osocza i masy krwinkowej, oznaczenia procentowej zawartości wody, ciężaru gatunkowego i zabarwienia), 2) badania chemiczne krwi (oznaczanie ilości białka, azotu niebiałkowego, mocznika, kwasu moczowego, tłuszczu, cukru, różnego rodzaju soli mineralnych — związków sodu, wapnia, potasu, magnesu, żelaza itd., określania zawartości alkoholu, rozmaitych fermentów itp.), 3) badanie morfologiczne krwi (oznaczanie ilości i składu procentowego krwinek czerwonych, białych, płytek, a także wykrywanie obecności pasożytów krwi, np. zimnicy, śpiączki itp.), 4) badanie serologiczne krwi (np. odczyny zlepne Wassermanna, Vidala itp.).

Jak widzimy, kliniczna analiza krwi, biorąc pod uwagę jej liczne elementy składowe, stanowi olbrzymi zespół różnorodnych badań, mających na celu wszechstronne wyjaśnienie niezmiernej ilości szczegółów, nieraz niesłychanie subtelnych, jakie powstają w przebiegu wszystkich — fizjologicznych i patologicznych — procesów żyjącego ustroju.

W praktyce codziennego życia szpitalnego wykonuje się zazwyczaj w miarę potrzeby tylko niektóre badania, wśród nich jednak szczególne miejsce zajmuje badanie morfologiczne krwi, popularna „morfologia", która należy do badań obowiązkowych u każdego pacjenta, podobnie jak badanie moczu czy prześwietlenie narządów klatki piersiowej, bez czego nie można sobie dziś w ogóle nawet wyobrazić normalnej pracy lekarza, zwłaszcza zaś internisty, ani na oddziale szpitalnym, ani w poliklinice.

Wobec bardzo rozległego tematu musimy się ograniczyć i zajmiemy się nieco bliżej jedynie wynikami badań morfologicznych krwi — przedmiotem należącym właściwie do oddzielnej gałęzi wiedzy lekarskiej, tzw. hematologii, która to nauka zajmuje się głównie ścisłą analizą wyników badań morfologicznych krwi obwodowej i badaniem narządu krwiotwórczego, tj. szpiku kostnego, miazgi śledziony i węzłów chłonnych.

MORFOLOGIA KRWI

Badanie morfologiczne krwi dotyczy zespołu elementów upostaciowanych, czyli, mówiąc językiem lekarskim, elementów morfotycznych krwi — innymi słowy — składu komórkowego krwi. Badanie to obejmuje przede wszystkim:

- — określenie ilości hemoglobiny w 100 ml
- — obliczenie ilości krwinek białych w 1 mm^3 krwi,
- — określenie wskaźnika zabarwienie krwi (który mówi nam o stopniu nasycenia krwinek czerwonych hemoglobiną),
- — obliczenie ilości krwinek czerwonych w 1 mm^3 krwi,
- — ustalenie składu procentowego poszczególnych gatunków krwinek białych,
- — analizę obrazu mikroskopowego krwinek czerwonych i białych.

Do badań tych z reguły dołącza się również określanie szybkości opadania krwinek czerwonych, czyli tzw. odczyn Biernackiego („OB") aczkolwiek badanie to w istocie nie należy do zakresu morfologii. Znaczenie odczynu Biernackiego w pracy klinicznej, szpitalnej czy

ambulatoryjnej jest tak ważne, że omówimy je również w ramach niniejszego artykułu.

Zastanówmy się po kolei nad znaczeniem każdego z wymienionych tu badań składowych, jednak z góry już należy mieć na uwadze, że poszczególne wyniki wzięte z osobna nie mają same przez się większego znaczenia ani co do rozpoznawania chorób ani co do rokowania, a nabierają określonej wartości jedynie w zestawieniu z wynikami innych badań klinicznych. Dopiero wszystkie wyniki razem wzięte stanowić mogą rzetelny drogowskaz dla właściwego postępowania leczniczego.

ERYTROCYTY CZYLI KRWINKI CZERWONE

Zatrzymajmy się przy krwinkach czerwonych.

W 1 mm^3 krwi zdrowego mężczyzny znajduje się normalnie 4,5 — 5 milionów krwinek czerwonych, u kobiet 4 — 4,5 miliona, u noworodków zaś 6 — 6,5 miliona. Jest to ilość olbrzymia. Jeśli weźmiemy pod uwagę, że człowiek ważący, powiedzmy, 70 kg posiada około 5 litrów krwi, a każdy litr mieści w sobie 1 miliard milimetrów sześcienych, to po przemnożeniu tych astronomicznych liczb zgodzimy się z tymi, którzy to już obliczyli, że gdyby na przykład — oczywiście w naszej wyobraźni — krwinki czerwone jednego człowieka ułożyć jedną obok drugiej, to utworzył by się łańcuch, jakim można by opasać 5 razy dokoła całą kulę ziemską!

Poszczególne normalne krwinki czerwone mają kształt krążka, a właściwie soczewki dwuwklęsłej, o niezmiernie małej średnicy, która wynosi zaledwie 7,5 — 9 mikronów (1 mikron jest to jedna tysięczna milimetra). Krwinki czerwone układają się w płynącej krwi tak jak monety w rulony i tylko bardzo rzadko występują pojedyńczo.

Krwinki czerwone, wszystkie razem, stanowią około 44% całkowitej objętości normalnej krwi. W schorzeniach, w których występuje zagęszczenie krwi na skutek zmniejszenia się ilości osocza, np. w ciężkich biegunkach lub w niewydolności krążenia z dużymi obrzękami, stwierdza się powiększenie liczby krwinek czerwonych w 1 mm^3 krwi (tzw. polycythaemia). I przeciwnie, w różnego rodzaju niedokrwistościach obserwuje się zmniejszenie się liczby krwinek czerwonych w 1 mm^3 (tzw. oligocythaemia).

Nazwę swoją zawdzięczają krwinki czerwone zawartemu w nich żółtawo-zielonkawemu barwikowi — hemoglobinie (w skrócie — Hb), która stanowi około 30% masy każdej całej krwinki czerwonej.

ROLA HEMOGLOBINY

Hemoglobina jest właściwym przenośnikiem tlenu i dwutlenku węgla. Tworząc z tymi gazami luźne połączenia chemiczne, hemoglobina z łatwością przyłącza czysty tlen — co odbywa się, jak wiadomo, w powietrzu pęcherzyków płucnych — przenosi go z prądem krwi tętniczej do wszystkich tkanek, gdzie zasila nim wszystkie żyjące komórki ustroju, a w miejsce oddanego tlenu zabiera z poszczególnych komórek dwutlenek węgla i wymienia go znowu w płucach na tlen.

Życie bez tlenu jest niemożliwe; bez niego ustały by wszelkie procesy życiowe. Wymiana dwutlenku węgla na tlen, jaka dokonuje się w płucach, stanowi istotę oddychania płucnego, podobnie jak wymiana tlenu na dwutlenek węgla w tkankach stanowi istotę oddychania tkankowego. Jedynie dostateczna ilość krwinek czerwonych, a właściwie — zawartej w nich hemoglobiny, może zapewnić równomierność oddychania płucnego i tkankowego, a tym samym — ciągłość i odpowiednie natężenie wszystkich procesów życiowych, jakie nieustannie odbywają się w organizmie.

Obliczono, że u większości ludzi w naszym klimacie 100 ml krwi zawiera 16 g hemoglobiny, i ilość tę przyjęto umownie za 100%, innymi słowy, za 100% hemoglobiny w 100 ml krwi uważa się 16 g Hb. W praktyce dla obliczania odsetka hemoglobiny używa się specjalnych przyrządów, t.zw. hemoglobinometrów, które na odpowiedniej skali pokazują nam od razu w procentach zawartość hemoglobiny w pobranej do badania krwi.

Normalnie u zdrowego człowieka prawidłowa ilość hemoglobiny waha się od 80 — 100% (czyli od 13 — 16 g Hb w 100 ml krwi, albo krócej — 13 — 16 g% Hb).

W pewnych okolicznościach poziom hemoglobiny we krwi wzrasta (hyperchromia), np. w t. zw. erytrocytozie objawowej, kiedy na skutek pobytu w wysokich górach powiększa się ilość krwinek czerwonych, względnie w przypadku zagęszczenia krwi w następstwie wspomnianych

powyżej powodów, oraz w t. zw. erytrocytozie prawdziwej — w czerwienicy czyli chorobie Waqueza.

U osób pracujących fizycznie poziom hemoglobiny jest zazwyczaj dość wysoki, szczególnie zaś wysoki u robotników, mających do czynienia z aniliną lub czadem, a więc u pracujących w fabrykach chemicznych, metalurgicznych oraz u szoferów, palaczy itp. We wszystkich tych przypadkach jednak ilość hemoglobiny wzrasta jedynie wyrównawczo, odpowiednio do obniżenia się sprawności oddechowej krwi, wobec czego zjawisko to nie jest wcale objawem zbyt pomyślnym.

Obniżenie poziomu hemoglobiny we krwi (oligochromia) występuje we wszelkiego rodzaju niedokrwistościach.

WSKAŹNIK ZABARWIENIA

Określenie ilości hemoglobiny we krwi pozwala nam wnioskować czy w danym przypadku mamy do czynienia z niedokrwistością, czy też nie, ale jedynie w zestawieniu z obliczoną ilością krwinek czerwonych w 1 mm³.

Znając stężenie hemoglobiny w procentach oraz ilość krwinek czerwonych w 1 mm³ krwi, obliczamy t. zw. wskaźnik zabarwienia krwinek, który to wskaźnik mówi nam w jakim stopniu krwinki wypełnione są hemoglobiną.

Normalnie wskaźnik zabarwienia krwinek waha się od 0.8 — 1.0. Oblicza się go najłatwiej w następujący sposób: w liczniku piszemy procent hemoglobiny, odczytany na hemoglobinometrze, w mianowniku zaś — podwojenie 2 pierwszych cyfr w liczbie krwinek czerwonych. Na przykład: jeśli procent hemoglobiny wynosi 80 (co oznaczamy w hemoglobinometrze), a ilość krwinek czerwonych w 1 mm³ wynosi, powiedzmy, 4.500.000 — to wskaźnik zabarwienia będzie się równał:

$$\frac{80}{90} \frac{(\%\ Hb)}{(2 \times 45)} = 0.8$$

czyli, jak mówimy, będzie mniejszy od 1. Jeśli w innym przypadku odsetek hemoglobiny wynosi np. 60%, a ilość krwinek czerwonych 2.200.000, to wskaźnik zabarwienia równa się:

$$\frac{60}{44} = 1.1$$

czyli jest większy od 1.

Jeżeli zarówno ilość hemoglobiny, jak i krwinek czerwonych uległa wyraźnemu zmniejszeniu, jak to się dzieje np. po obfitych krwotokach lub w niedokrwistościach wtórnych w gruźlicy, malarii, nowotworach, pasożytach jelitowych itp., to wskaźnik zabarwienia pozostaje mniejszy od 1.

d. c. n.

Wystawa pomysłów racjonalizatorskich

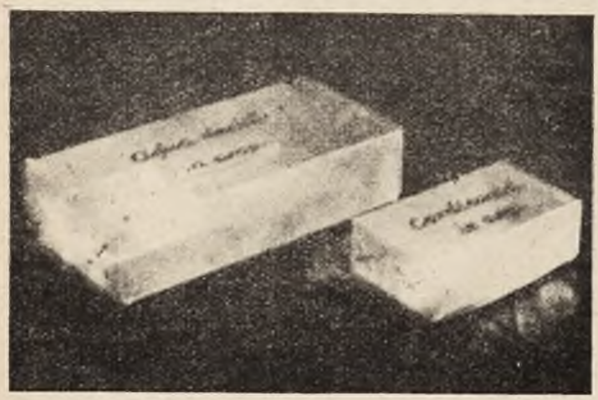
W dniach 26 września — 4 października 1952 roku zorganizowano w I Szpitalu Okręgowym w Warszawie wystawę pomysłów racjonalizatorskich pracowników Szpitala.

Ruch racjonalizatorski, który w Polsce zmierzającej do socjalizmu obejmuje wszystkie gałęzie gospodarki narodowej, znalazł swe odbicie również wśród pracowników służby zdrowia, jako wyraz dążeń kolektywu szpitala do podniesienia na wyższy poziom opieki nad chorym poprzez usprawnienia w codziennej pracy i jak najbardziej oszczędne wykorzystywanie materiału sanitarnego.

Podobnie do wielotysięcznej rzeszy racjonalizatorów w dziedzinie przemysłu i rolnictwa, personel Szpitala Okręgowego — lekarze, pielęgniarki i sanitariuszki — coraz szerzej wprowadza na swoich odcinkach pracy różne usprawnienia i pomysły nowatorskie. Ruch ten początkowo drobny, rozrósł się stopniowo coraz bardziej razem ze wzrastającym poczuciem odpowiedzialności całego zespołu za wyniki pracy szpitala i w poczuciu łączności z budującą socjalizm klasą robotniczą.

W dobie przedwojennej ruch racjonalizatorski w szpitalnictwie, podobnie zresztą jak w in-

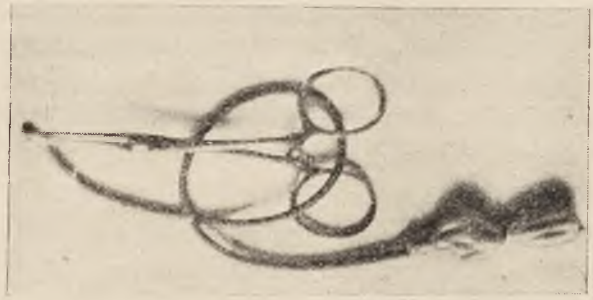
nych zakładach pracy, nie miał racji bytu ze względu na brak troski o człowieka i jego warunki życia oraz bezplanową gospodarkę. Każdy nowy pomysł mógł się przyczynić tylko do wzrostu bezrobocia i wyzysku. Nic więc dziwnego, że racjonalizatorstwo nie było popularne wśród szerokich rzesz pracowników. Dopiero ogromne możliwości rozwoju, jakie stworzył Plan 6-letni i wzorowanie się na osiągnięciach ludzi Związku Radzieckiego, gdzie co piąty pracownik jest racjonalizatorem, dały podstawy do szerokiego spopularyzowania racjonalizatorstwa. W służbie zdrowia, której struktura uległa całkowitej zmianie w wyniku głębokich przemian społecznych i oparciu medycyny o naukę Pawłowa, ruch racjonalizatorski również zaczyna przybierać na sile i konkretyzuje swe zadania. Celem jego jest rozpowszechnienie osiągnięć usprawniających codzienną pracę, metod skracających czas leczenia, pozwalających na lepsze i oszczędniejsze wykorzystanie stojących do dyspozycji środków materialnych oraz na wprowadzanie śmielszych metod leczenia i postępowania w pracy, zwalczających to, co przestarzałe na korzyść postępu.



Pudełeczko do leków wykonane ze zużytych błon rentgenowskich

Wystawione eksponaty używane są już w pracy szpitala i składają się z 8 zasadniczych grup. Całość wystawy, estetycznie rozplanowana i udekorowana, daje przejrzysty obraz dotychczasowych osiągnięć niemal wszystkich oddziałów szpitala.

W grupie usprawnień laboratoryjnych dużą oszczędność czasu i uniknięcia kosztów zakupu specjalnych statywów przyniósł, wykonany sposobem gospodarczym, prosty w konstrukcji w i e l o m i e j s c o w y s t a t y w do masowego badania szybkości opadania krwinek czerwonych metodą Biernackiego. Statyw powyższy, pomysłu dr *Lewiczowej* i dr *Wekki*, zbudowany jest ze zwykłej drewnianej ramy i naciągniętych u podstawy i od góry drenów gumowych, wgłębionych nieco w podłużne wyżłobienie ramy, między które ustawia się 50 pipet z krwią do badania. Gumowe dreny zastępują tu używane zwykle dla każdej pipety z osobna — metalowe uchwyty sprężynowe.



Przyrząd do tamponowania jamy nosowo-gardzielowej

Spośród eksponatów apteki szpitalnej należy podkreślić pomysł dr farmacji *Bitny-Szlachto*, który zaprojektował i wykonał zestaw do szybkiego przygotowania dużej ilości jałowych roztworów do wlewań dożylnych lub podskórnych. Pomysł polega na tym, że do kilkulitrowej, wyjałowionej butli wprowadza się od razu z aparatu destylacyjnego wodę w warunkach jałowych, a do niej dodaje się odpowiednią ilość stężonego roztworu właściwej substancji chemicznej. Z butli takich, przez odpowiednie przełączenie zaworów w korku, można bezpośrednio wlewać płyn choremu. Usprawnienie to pozwala uniknąć wyjaławiania i sączenia dużej objętościowo całości płynu i umożliwia szybkie przygotowanie dużych ilości jałowych roztworów i płynów krwiozastępczych w wypadku masowego napływu chorych wykrwawionych.

Interesujące jest również usprawnienie dr farm. *Głowackiego* i mgr farm. *Kurzepy* w postaci estetycznie wykonanego (ze zużytych błon rentgenowskich) ruchomego terminarza z datami ważności leków, pozwalający na stałe orientowanie się, które leki i szczepionki z ograniczonym czasem używalności należy w odpowiednim czasie zużyć lub wymienić. Pomysł ten pozwala uniknąć strat wskutek przedawnienia leków.

Mgr farm. *Kurzepa* przedstawił ponadto ulepszenie aparatu do destylacji wody, polegające na zainstalowaniu nad lejkiem zbiorczym aparatu szklanego płaszcza ochronnego, który zapobiega przedostawaniu się do skroplonej wody

zanieczyszczeń mechanicznych, flory bakteryjnej i ciał pyrogennych.

Oddział wewnętrzny przedstawił 7 eksponatów, wśród których wymienić należy nowatorskie pomysły pielęgniarki *Wyrkówny*, która wprowadziła korzystne usprawnienie w sposobie rozdawania leków i prowadzenia ewidencji dyżurów personelu oddziału. Cenny jest jej pomysł wykorzystania zużytych klisz rentgenowskich na wykonanie estetycznych pudełek do przechowywania leków. Pozwala to zastosować z pożytkiem bezużyteczny poprzednio materiał i stanowi przykład wykorzystania odpadków.

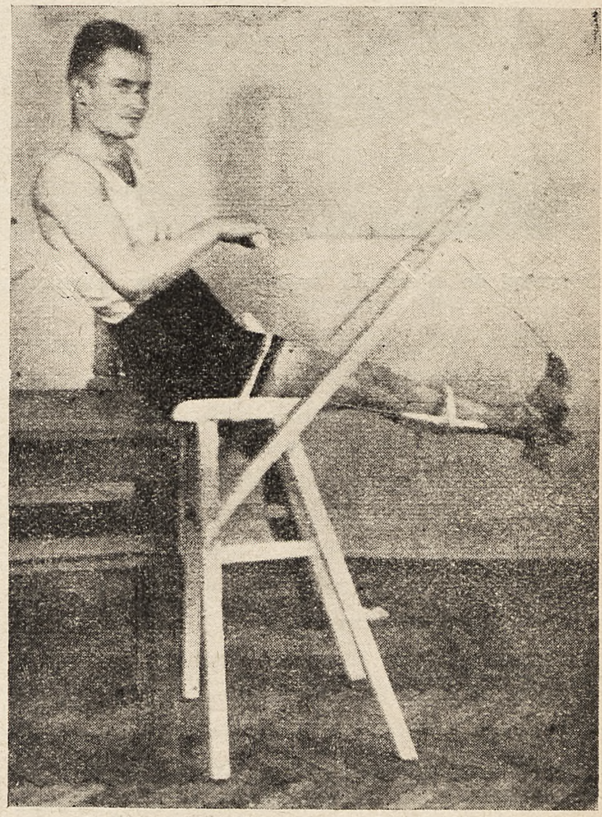
Oddział laryngologiczny wystawił między innymi pomysł dr *Słomińskiego*, prosty w konstrukcji i łatwy w użyciu — dwudzielny, pneumatyczny tampon gumowy do natychmiastowego opanowania krwawień z nosa i noso-gardzieli. Przyrząd powyższy wykonany jest z miękkiego cewnika gumowego Nelatona i cienkiego balonika gumowego, który po wprowadzeniu do nosa i nadmuchaniu powietrzem (przez cewnik) tamponuje szczelnie jamę nosową. Zestaw ten ze względu na swą prostotę nadaje się również do użycia przez lekarzy niespecjalistów, a nawet przez pomocniczy personel lekarski.



Kątomierz do dokładnego określania zakresu ruchomości w stawach

Interesującym również eksponatem tego oddziału było graficzne przedstawienie wyników metody leczenia bezgłosów czynnościowych u żołnierzy, opartej na założeniach nauki Pawłowa. Metoda ta wprowadzona przez dr *Czarneckiego* polega na oddziaływaniu na korę mózgową i odpowiednich ćwiczeniach głosu. Leczenie bezgłosów tą metodą dało skrócenie przeciętnej „osobodni" z 35,6 na 5,7 w porównaniu z metodami zwykle stosowanymi poprzednio.

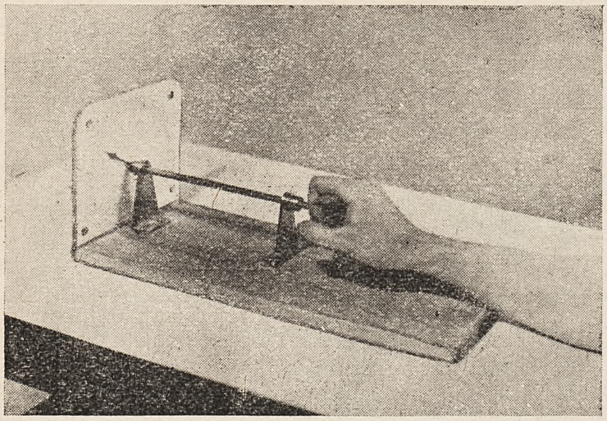
W obszernej grupie eksponatów chirurgicznych wyróżnia się, wykonany sposobem gospodarczym przez dr *Lorenca* aparat do usprawnienia ruchomości stawu kolanowego, mający zastosowanie przy rehabilitacji stawu po złamaniach kości kończyn dolnych i przebytych procesach zapalnych w obrębie stawu.



Przyrząd ułatwiający i przyspieszający przywrócenie sprawności stawu kolanowego po przebytych urazach i długotrwałym unieruchomieniu.

Dr *Lorenc* przedstawił ponadto prosty w użyciu i dający znaczne oszczędności z a w ó r g u m o w y do przechowywania napoczętych fiolek z chlorkiem etylu, umożliwiający jednocześnie dawanie narkozy tym środkiem kroplami przez wypalony odpowiednio w korku gumowym (zaworze) kanalik, bez potrzeby stosowania zaworu automatycznego.

Godnym polecenia i szerszego spopularyzowania jest następny pomysł dr *Lorenca* — dostarczenie choremu tlenu w czasie narkozy maską Esmarcha przy pomocy drenu gumowego, połączonego ze zbiornikiem gazu. Wolny koniec drenu, posiadający od spodu kilka otworów, układa się zagięty w kształcie koła na masce Esmarcha, przez co doprowadzony tlen wtłacza pary eteru do dróg oddechowych, a nie wydmuchuje ich na zewnątrz, jak to ma miejsce przy stosowanym uprzednio wprowadzaniu drenu pod maskę.



Przyrząd do mierzenia zakresu ruchów obrotowych

Krótki ten przegląd niektórych z wystawionych eksponatów obrazuje wysiłki ruchu racjonalizatorskiego w I Szpitalu Okręgowym, starającego się sięgnąć do tematów najbardziej w danej chwili aktualnych w codziennej pracy dla dobra chorego.

Czołowi racjonalizatorzy naszego szpitala, wśród których przeważa młodzież, to ludzie, którzy swą pracą przyczyniają się do ulepszenia narzędzi i metod pracy, wzorując się na przebogatym materiale postępu lecznictwa i nauki Związku Radzieckiego. Ich doświadczenia, ulepszenia i usprawnienia należy przeszczepiać na wszystkie zakłady służby zdrowia, w celu najszerszego wykorzystania ich w lecznictwie i zachęcenia wszystkich pracowników służby zdrowia do wprowadzania racjonalizacji i nowatorstwa na swoim terenie. Stopień bowiem rozwoju wynalazczości i racjonalizatorstwa może być uważany za sprawdzian stopnia przyswojenia i opanowania nowoczesnych metod lecznictwa przodującej nauki radzieckiej i socjalistycznego stosunku do wykonywanej pracy.

L. B. K.

O. I. KORNBLUM

Profilaktyka w środowisku gruźliczym

Głównym źródłem zakażenia gruźlicą są w y d z i e l i n y chorego, przede wszystkim plwociny, mocz, kał i ropa z przetok, w których znajdują się prątki gruźlicze.

Prątki Kocha odznaczają się wielką żywotnością i odpornością. W ciemnych, brudnych i wilgotnych miejscach mogą zachować swą jadowitość w ciągu długich miesięcy, ale w s ł o ń c u giną już po upływie kilku godzin! Prątki gruźlicze nie znoszą również wysokiej temperatury — gotowanie zabija je szybko.

Zabójcze działanie na prątki wywierają również niektóre środki dezynfekcyjne: 15% roztwór kwasu karbolowego niszczy je w ciągu 24 godzin, 10% roztwór lyzolu — w 12 godzin, 5% roztwór chloraminy — w 20 godzin.

Miejsce, gdzie stale przebywa — mieszka lub pracuje — chory prątkujący nazywamy o g n i s k i e m g r u ź l i c z y m. Nawet, jeżeli nikt z pośród zdrowych tam się znajdujących, nie zachorował w ciągu 2 lat, mimo to powinien zostawać pod stałą obserwacją. W razie jednak, gdy w ognisku wykryjemy nowego chorego z czynną gruźlicą, to obserwacja ogniska przedłuża się. Osoby, które stykają się z chorymi na gruźlicę nazywamy k o n t a k t a m i.

Świeżo wykrytego chorego zapisuje się do Poradni Przeciwgruźliczej, a kontakty poddaje się systematycznej kontroli.

Jakie środki zapobiegawcze stosujemy w ognisku gruźliczym?

Zasadnicza praca w ognisku gruźliczym polega na zapobieganiu dalszej infekcji i na leczeniu chorych, aby doprowadzić do likwidacji ogniska. Zadanie to realizuje lekarz rejonowy przy bezpośredniej współpracy pielęgniarek. Szczególnie ważna i odpowiedzialna jest rola pielęgniarki na wsi.

Jednym z głównych obowiązków średniego personelu medycznego jest sanitarno - higieniczne wychowanie chorego i jego otoczenia. Aby to zadanie pomyślnie wypełnić, nie wystarczą same wiadomości zawodowe i doświadczenie, lecz konieczne są jeszcze: takt i umiejętność podejścia do chorego i jego rodziny.

Odwiedziny ogniska. Pierwodwiedziny są najważniejsze. Od pierwszego wrażenia, jakie pielęgniarka pozostawi w domu chorego, często zależą wyniki jej pracy w tym środowisku. Dlatego wizyty nie należy rozpoczynać od stawiania pytań, lecz taktownie wyjaśnić cel przybycia, a dopiero w trakcie rozmowy można zebrać wiadomości dotyczące zawodu chorego, warunków pracy, wysokości zarobków, osób pozostających na utrzymaniu chorego itd. Następnie należy zbadać i zanotować warunki mieszkaniowe pod względem sanitarno - higienicznym: powierzchnię pokoju, nasłonecznienie, wentylację, czystość itd. Ważne jest również stwierdzenie, w jakim stopniu mieszkańcy obeznani są z przepisami higieny osobistej i w jakiej mierze do nich się stosują, gdyż od tego podstawowego warunku zależy ewentualnie niebezpieczeństwo szerzenia się infekcji.

Specjalną uwagę zwracamy na kontakty chorego ze zdrowymi i to nie tylko w domu, ale i w miejscu pracy. Dzieci, jako najwrażliwsze na zakażenie gruźlicze, nie powinny stykać się z chorym możliwie zupełnie. Trzeba się przekonać, czy chory nadużywa napojów alkoholowych, czy pali, czy ma oddzielne łóżko, czy też dzieli je z kimś innym? Do ostatniego zagadnienia należy podchodzić bardzo taktownie.

W pewnych wypadkach niektóre pytania można odłożyć do następnej wizyty. Przy pierwszej wizycie jednak koniecznie już trzeba ustalić, czy chory używa oddzielnych naczyń stołowych i oddzielnego ręcznika, gdzie przechowuje brudną bieliznę itd. Wszystkie wiadomości dotyczące ogniska gruźliczego pielęgniarka zapisuje w swoim dzienniku, a następnie przenosi na kartę chorego. Opierając się na tych danych opracowuje się plan uzdrowienia ogniska, co realizuje się przy następnych odwiedzinach.

Odwiedziny w pierwszych 3—4 miesiącach odbywają się nie rzadziej niż 3 razy w miesiącu. Jeżeli w ognisku gruźliczym znajdują się dzieci, to odwiedziny należy powtarzać częściej. Ogniska gruźlicze, pozostające w złych warunkach higienicznych, powinna pielęgniarka odwiedzać co 2 — 3 dni. Tylko drogą systematycznych i częstych odwiedzin można przekonać chorego i jego rodzinę o konieczności podporządkowania się planowi uzdrowienia ogniska. W praktyce zdarza się jednak, że pomimo usilnych starań nie udaje się nakłonić zainteresowanych do przeprowadzenia planu. Wówczas należy zwrócić się o pomoc do lekarza i to zazwyczaj daje dobre wyniki.

Szczególną uwagę należy zwrócić na dokładne wypełnianie karty chorobowej w Poradni G. Karta w dużym stopniu przyczynia się do uzdrowienia ogniska, a poza tym ma duże znaczenie przy opracowywaniu statystycznych materiałów Poradni.

Za pomocą czego osiągamy poprawę higienicznych warunków ogniska? Przede wszystkim przez nauczanie sposobów właściwego obchodzenia się z plwociną, jej przechowywania i niszczenia. Każdy chory chodzący powinien posługiwać się spluwaczką kieszonkową i nosić ją stale przy sobie. Chory leżący może używać spluwaczki emaliowanej, koniecznej z p r z y k r y c i e m. Spluwaczkę umieszcza się koło łóżka na stoliku, a nie na podłodze. Spluwaczkę napełnia się do 1/3 objętości płynem dezynkfekcyjnym np. 5% roztworem chloraminy lub 10% roztworem lyzolu, względnie mlekiem wapiennym. Przed wylaniem zawartość spluwaczki dezynfekuje się przez gotowanie w ciągu 15 minut lub przez zalanie na przeciąg 4 godzin 10% roztworem chloraminy, lub 10% roztworem lyzolu na przeciąg 12 godzin. Na wsi i w małych miasteczkach, gdzie nie ma kanalizacji, można plwocinę — po uprzednim zdezynfekowaniu — zakopać w ziemi przynajmniej na głębokości 20 — 30 cm. W żadnym wypadku nie wolno opróżniać spluwaczki, wylewając zawartość do ustępów. Po wymyciu spluwaczki i wylaniu zawartości należy starannie umyć ręce.

W celu zwalczania niebezpieczeństwa zakażenia kropelkowego, należy chorego pouczyć, aby przy kaszlu i kichaniu zakrywał usta wierzchnią stroną dłoni, a przy rozmowie przestrzegał oddalenia 1 — 2 m, obracając jednocześnie głowę lekko w bok. Chory prątkujący powinien być specjalnie ostrożny przy stykaniu się z dziećmi do 1 roku życia: nie wolno ich całować, brać na ręce, lecz przeciwnie — zawsze trzymać się od nich możliwie jak najdalej. Jeżeli matka karmiąca prątkuje, bezwzględnie przy każdym zbliżeniu się do dziecka musi nakładać maseczkę z gazy i dokładnie myć ręce.

Mieszkanie chorego. Jednym z zasadniczych zagadnień profilaktycznych, dotyczących ogniska gruźliczego, jest sprawa mieszkania chorego prątkującego. Zgodnie z radziecką ustawą, chory prątkujący ma prawo do oddzielnego pokoju i dodatkowej powierzchni 10 m kwadr. Gdy chory ma oddzielny pokój, jest mu znacznie łatwiej prowadzić właściwy tryb życia oraz wypełniać zalecenia lecznicze i higieniczne, choćby np. zapewnić sobie dopływ świeżego powietrza przez stale otwarte okno.

Specjalną uwagę zwracamy na umeblowanie: usuwamy zbęd zbędne meble, na których osiada kurz. Przy ustawianiu mebli w pokoju zajmowanym wspólnie przez chorego na gruźlicę i jego rodzinę, część pokoju wydzielamy dla chorego, tak aby łóżko jego znajdowało się co najmniej w odległości 1 — 2 m od łóżek osób zdrowych, a zwłaszcza dzieci.

Jeżeli w ognisku gruźliczym znajdują się niemowlęta lub dzieci w wieku przedszkolnym, najlepiej izolować je oddając do żłobków czy przedszkoli. Dzieci w wieku szkolnym muszą przygotowywać lekcje poza pokojem chorego, a cały wolny czas przebywać na świeżym powietrzu. W czasie wspólnych posiłków i przebywania w domu chory powinien zawsze trzymać się w odległości 1 — 2 m od osób zdrowych. Jeżeli dziecko zakazi się gruźlicą, należy je jak najszybciej oddać do szpitala ze względu na bezpieczeństwo innych dzieci, gdyż trudno powstrzymać dziecko chore od zabawy ze zdrowymi.

Wentylacja. Przede wszystkim walczymy z kurzem. Przed wejściem do mieszkania chorego należy starannie wycierać obuwie, po powrocie z pracy zmieniać ubranie, nie trzepać miękkich mebli i ubrania w pokoju, przed zamiataniem zebrać pył wilgotną ścierką, podłogi zwykle myć codziennie wodą, a parkiety wycierać szmatą zwilżoną naftą.

Okno powinno być stale uchylone. W chłodnej porze roku wietrzymy gruntownie przynajmniej 3 razy dziennie, pamiętając, by temperatura w pokoju nie była niższa niż 16 — 18°.

Pościel. Oddzielne łóżko i oddzielna pościel są nieodzownym warunkiem, który zapobiega szerzeniu się infekcji. W czasie nieobecności chorego, np. podczas pobytu w szpitalu lub sanatorium, ani jego łóżko, ani pościel nie mogą być używane przez zdrowych członków rodziny. W pomieszczeniach zagęszczonych można dla osób zdrowych wstawiać łóżka składane, pamiętając, by na dzień chować pościel do osobnego worka.

Łóżko chorego powinno być odsunięte od ściany i od zdrowych na odległość 1 — 2 m, aby kropelki śluzu i plwociny, wydalane przy kaszlu, nie osiadały na ścianie i nie dochodziły do osób zdrowych. Poza tym łóżko chorego można osłonić parawanem i ustawić blisko okna, aby mu zapewnić dostateczny dopływ świeżego powietrza i światła. Chory nie powinien sypiać na kanapie lub tapczanie, z którego w ciągu dnia korzystają pozostali członkowie rodziny. Na wsi w ciepłej porze roku zaleca się, aby chory sypiał na dworze w prowizorycznym namiocie.

Naczynia. Chory powinien używać oddzielnych naczyń stołowych, różniących się kolorem lub rysunkiem od pozostałych, aby ich nie mieszać. Naczynia trzeba przechowywać oddzielnie, myć również oddzielnie, najlepiej w bieżącej wodzie. Pożądane jest, aby chory w miarę możności czynił to osobiście.

Bielizna. Bieliznę chorego należy przechowywać w oddzielnych workach. Chory zmienia bieliznę raz na tydzień a w razie silnych potów — częściej. Chory powinien sam zmieniać bieliznę pościelową unikając strzepywania. Przed oddaniem do prania bieliznę zanurza się na przeciąg 4 godzin w 5% roztworze lyzolu lub 20% roztworze chloraminy, a następnie gotuje w ciągu 1 godziny.

Higiena skóry. Ażeby utrzymać skórę w czystości, chory powinien kąpać się raz na tydzień, a w lecie częściej. Czas trwania kąpieli nie dłuższy niż 10 — 15 minut, przy temperaturze wody 36 — 37°. Chorzy gorączkujący i wyniszczeni mogą się również kąpać, ale znacznie krócej — 5 — 6 minut, jednak bardziej wskazane są natryski. Chorym z krwiopluciem zabrania się kąpieli, zastępując je wycieraniem całego ciała wodą z octem (1 łyżka octu na szklankę wody).

Higiena ust. Co dzień rano i przed udaniem się na spoczynek chory powinien umyć jamę ustną i zęby. Pożądane jest, aby czynił to po każdym posiłku.

Higiena ubrania. Bardzo często gruźlicy ubierają się zbyt ciepło w obawie przed przeziębieniem. Utrudnia to oddychanie, krępuje ruchy, i wywołuje zbyteczne pocenie się.

Rozkład dnia chorego na gruźlicę. Pielęgniarka pomaga choremu ułożyć rozkład dnia stosownie do wskazówek lekarza. Rano zaleca się kilka lekkich ćwiczeń gimnastycznych, a potem wytarcie całego ciała chłodną wodą. Po śniadaniu chory udaje się do pracy. Powinien na dojście przewidzieć dość czasu, aby się nie śpieszyć, gdyż poś-

piech jest szkodliwy dla zdrowia.

Po powrocie z pracy do domu, umyciu się, przebraniu i spożyciu posiłku, chory odpoczywa. Przed snem konieczny jest spacer. Sen nie powinien trwać krócej niż 8 — 9 godzin. Chodzenie do teatrów i kin należy planować na dni wolne od pracy, aby nie zmieniać stałego rozkładu dnia i regularnego trybu życia.

Opieka szpitalna i sanatoryjna. Z punktu widzenia profilaktyki ogniska gruźliczego duże znaczenie ma kierowanie chorego prątkującego na dłuższy pobyt do szpitala lub sanatorium. W ten sposób bowiem, przynajmniej na pewien czas, odsuwa się niebezpieczeństwo zakażenia zdrowych członków rodziny lub towarzyszy pracy.

Do obowiązków pielęgniarki należy załatwianie przekazu. wręczenie go choremu, troska o uzyskanie środków lokomocji itp. Okres przebywania chorego w szpitalu lub sanatorium można wykorzystać na przeprowadzenie dezynfekcji względnie remontu jego mieszkania.

Opieka nad chorym w zakładzie pracy. Poprzednio istniał niesłuszny pogląd, że chory na gruźlicę nie może pracować, a powinien mieć zapewniony zupełny spokój i dobre odżywianie. Obecnie tylko w ostrym okresie choroby zaleca się choremu leżenie w łóżku, gdyż długie przetrzymywanie w łóżku osłabia i przygnębia.

I. P. Pawłow twierdzi, że wysiłek fizyczny i umysłowy jest niezbędny dla prawidłowego rozwoju wszystkich narządów. Dlatego chorzy na gruźlicę w okresie poprawy stanu zdrowia powinni pracować, oczywiście z zachowaniem przepisów higieny. Należy więc zbadać warunki pracy i ustalić wraz z lekarzem wymogi konieczne dla zdrowia. W niektórych przypadkach pielęgniarka zwraca się o pomoc do związku zawodowego, lub Podstawowej Organizacji Partyjnej w miejscu pracy.

Wszystkie zalecenia należy przeprowadzać taktownie, aby z jednej strony nie wywołać przesadnej obawy zarażenia się u osób zdrowych, a z drugiej — aby nie spowodować urazu psychicznego u chorego. Długoletnie doświadczenie wykazuje, że przy odpowiedniej organizacji pracy, chorzy na gruźlicę mogą pracować wydajnie, a nawet przekraczać normy.

Dezynfekcja bieżąca i końcowa. Do dezynfekcji bieżącej należy zbieranie i niszczenie plwociny, przechowywanie i pranie bielizny, odpowiednie sprzątanie itp.

Ściany pokoju chorego nie powinny być tapetowane lecz bielone wapnem lub do połowy olejno malowane, co pozwala na mycie szczotką i wodą z mydłem przynajmniej kilka razy do roku.

Dezynfekcja końcowa obowiązuje po wyjeździe chorego do sanatorium lub szpitala, przy zmianie mieszkania lub po śmierci chorego. Przeprowadza ją urząd sanitarny. Wszystkie miękkie meble przesyła się do kamery dezynfekcyjnej, a ściany, podłogi i meble twarde podlegają dezynfekcji środkami chemicznymi.

Kontrola kontaktów. Statystyka Poradni Przeciwgruźliczych wykazuje największą liczbę zachorowań pośród członków rodziny chorego, a zwłaszcza dzieci, które nie były szczepione, u osób zaś które już chorowały na gruźlicę, świeża infekcja może sprowadzić nawrót choroby lub zaostrzyć sprawę. Dlatego osoby będące w kontakcie z chorym prątkującym powinny pozostawać stale pod kontrolą, być odwiedzane przynajmniej co 3 miesiące, zaś w razie nawet nieznacznie podniesionej temperatury powinny natychmiast zgłaszać się do lekarza.

Rozróżniamy 3 rodzaje kontaktów: 1) mieszkające we wspólnym pokoju, z chorym tzw. kontakty pokojowe, 2) kontakty zajmujące jedno mieszkanie, tzw. kontakty mieszkaniowe i 3) osoby blisko i często stykające się z chorym w czasie pracy, tzw. kontakty pracownicze. Wszystkie te osoby powinny być zapisane w Poradni. Systematyczna kontrola kontaktów przyczynia się do wykrycia wczesnych postaci gruźlicy, co ma ogromne znaczenie w walce z tą chorobą społeczną.

Przy skrupulatnym przestrzeganiu i wypełnianiu wyżej wymienionych wskazań niebiezpieczeństwo zakażenia osób, przebywających w ognisku gruźliczym, może być doprowadzone do minimum.

tłum. J. S

KRONIKA

z Kraju

List z Dębicy

Poniżej zamieszczamy bez zmian list młodszej pielęgniarki z Dębicy, JÓZEFY OZGI.

Dzień 31 października 1952 r. pozostanie długo w mojej pamięci. Był to dzień, w którym zebrałam owoce mej żmudnej pracy. Po ukończeniu 6-miesięcznego kursu Młodszych Pielęgniarek w Kłodzku w woj. wrocławskim, zostałam skierowana do pracy do Dębicy w woj. rzeszowskim

Odjeżdżając ze szkoły, przyrzekłam naszej dyrektorce, ob. **Magdalenie Mejer**, że na nowej placówce będę czynnym członkiem Polskiego Czerwonego Krzyża, że będę kontynuować to, co zaczęłam będąc słuchaczką kursu — czyli, że będę nadal pracować społecznie, jak to czyniłam w czasie pobytu na kursie. Zdając sobie sprawę z tego, jak wielki dług zaciągnęłam wobec naszej Ludowej Ojczyzny i wobec PCK, zdobywając zawód, który tak bardzo ukochałam, zaraz po przyjeździe do Dębicy zgłosiłam się do PCK z prośbą, aby przydzielono mi odcinek pracy społecznej. W Zarządzie Powiatowym PCK przyjęto mnie serdecznie. Jako pierwszą pracę dano mi do przeprowadzenia kurs masowego szkolenia sanitarnego w zakresie I stopnia na PKP w Dębicy.

Praca ta początkowo była ciężka, ja jednak uzbroiłam się w duży zasób cierpliwości i nie szczędząc sił i czasu, starałam się, aby wykłady moje były zrozumiałe i aby czas poświęcony na szkolenie nie został zmarnowany. W krótkim czasie zyskałam zaufanie swych słuchaczy, którzy zwracali się do mnie, jeżeli czegoś nie rozumieli, wiedząc że nie licząc się z czasem, chętnie jeszcze raz powtórzę im materiał.

Byłam szczęśliwa, że mogę się podzielić swoimi wiadomościami z ludźmi pracy, którzy pragną wiedzy tak, jak ja jej pragnęłam.



Nadszedł dzień 31 października, dzień egzaminów, dzień w którym miałam zebrać owoce swej pracy. Długo będę pamiętać ten dzień, kiedy słuchając odpowiedzi słuchaczy kursu, chciałam krzyczeć, że jestem szczęśliwa, bo praca moje nie poszła na marne, że to co dano mi w szkole w Kłodzku, przekazałam choć w części tym ludziom pracy, że oni mając te wiadomości, będą świadomymi obywatelami Polski Ludowej, świadomymi członkami PCK. Wynik egzaminu był dla mnie prawdziwą nagrodą :na 50 przystępujących do egzaminu, 21 otrzymało wyniki bardzo dobre, 27 — dobre, a tylko 2 dostateczne.

Gdyby mogły mnie zrozumieć wszystkie moje koleżanki — młodsze pielęgniarki! Gdyby mogły choć trochę odczuć tę moją radość, napewno byłyby aktywniejsze, napewno każda z nich chętnie poszła by do PCK i prosiła o jakąś pracę. Każda z nas powinna zrozumieć, że jest to naszym obowiązkiem. Bo napewno nie znajdzie się żadna, któraby śmiała powiedzieć, że nie zaciągnęła długu wobec tych, którzy dali jej możliwość nauki, którzy dali jej zawód nie żądając opłaty za naukę, wyżywienie i mieszkanie.

Koleżanki! czas, byście przystąpiły do spłacenia długu, jaki zaciągnęłyśmy. Niech ten urywek z mego życia będzie dla was przypomnieniem, że PCK, w którego szkołach zdobyłyśmy zawód, czeka na nas, że potrzebuje naszej pomocy. Napewno każda dając swój wkład pracy zbierze jej owoce, które dają dużo zadowolenia i radości.

Wzywam Was, Koleżanki, do współzawodnictwa: kto lepiej i więcej osób wyszkoli w zakresie masowego szkolenia sanitarnego na kursach II stopnia. Pragnę, by moje wezwanie nie zostało bez echa. Pragnę by, list mój dotarł do Ośrodka szkoleniowego Młodszych Pielęgniarek w Kłodzku, by Kierownictwo tego Ośrodka dowiedziało się, że dotrzymałam słowa. Równocześnie przyrzekam, że nie ustanę w pracy, że dam z siebie wszystko, co jest możliwe, by przyczynić się do rozkwitu naszej Ojczyzny.

Józefa Ozga
młodsza pielęgniarka
Dębica. Poradnia
Przeciwgruźlicza

Zapytujemy przy sposobności kol. Ozgę jak długo pracuje w dębickiej Poradni Przeciwgruźliczej czy pamięta o tym, że praca tej poradni powinna być dla niej tylko fragmentem praktyki, którą trzeba przejść również na innych oddziałach szpitalnych. Radzimy kol. Ozdze pamiętać, że PCK, umożliwiając jej ukończenie Kursu dla Młodszych Pielęgniarek, czynił to z wiarą, że wykorzysta — jak inne młodsze pielęgniarki — dalsze możliwości podnoszenia swoich kwalifikacji pielęgniarskich, że po odbyciu praktyki i przejściu przewidzianego programu szkolenia, przystąpi do egzaminu państwowego, który jest stwierdzeniem pełnych kwalifikacji pielęgniarskich.

Znana jest nam praca społeczna kol. Ozgi. Wierzymy, że tak, jak pięknie pracuje społecznie, pracować będzie również nad sobą i uwieńczy tę pracę egzaminem państwowym.

Redakcja

Koleżanki nadsyłajcie listy do redakcji

Nowy Sącz

Poniżej przytaczamy jedno z zobowiązań, jakie napłynęły do naszej Redakcji w związku z uczczeniem 35 rocznicy Wielkiej Rewolucji Październikowej:

Zobowiązanie powzięto na ogólnym zebraniu personelu i uczennic Państwowej Szkoły Pielęgniarstwa w Nowym Sączu.

Pedagogiczny personel i uczennice Szkoły zobowiązały się otoczyć opieką pielęgniarską dwie wsie. W ramach akcji sanitarnej wygłaszać pogadanki o zasadach higiemy życia codziennego i otoczenia, o higienie osobistej i otoczenia, o zapobieganiu chorobom zakaźnym; otoczyć opieką dzieci szkolne.

*
* *

W roku szkolnym 1952 po raz pierwszy na terenie Nowego Sącza zostało zorganizowane przez Państwową Szkołę Pielęgniarstwa pielęgniarstwo przyszpitalne i domowe. Praktykę na tych dwu nowych placówkach rozpoczęły uczennice kursu VI, które w lutym 1953 roku przystąpią do egzaminu dyplomowego. Uczennice zrozumiały cel i zadania nowootwartych placówek i z wielkim zapałem i obowiązkowością niosą pomoc tym, którzy pozostają w domu bez żadnej opieki. Społeczeństwo nowosądeckie po pierwszych dniach nieufności, odnosi się obecnie bardzo serdecznie i przychylnie do tej nowej formy pielęgniarskiej.

Kwidzyń

Spotkanie słuchaczek Ośrodka Szkoleniowego Młodszych Pielęgniarek PCK w Kwidzyniu z kandydatami na posłów do Sejmu: ob. ob. Sołdkiem Stanisławem i Smolarkiewiczem Krzysztofem.

Uroczystym wydarzeniem dla Ośrodka stały się odwiedziny dwu kandydatów do Sejmu, którzy w bezpośredniej i przyjaznej rozmowie spędzili kilka godzin w otoczeniu słuchaczek i pracowników.

Dn. 12 października rb. w świetlicy szkolnej słuchaczki i pracownicy Ośrodka serdecznie witali ob. Smolarkiewicza, który opisał swoje wrażenia ze spotkania w Ośrodku w kronice szkolnej następującymi słowami: „Było mi niezwykle przyjemnie w waszych murach i wśród was. Myślę, że tak miłe spotkanie nie może być ostatnie. Wspólna praca dla naszej ukochanej Ludowej Ojczyzny da nam wielkie wyniki, którymi będzie POKÓJ, zawarty w słowach waszego hymnu pielęgniarskiego".

Spotkanie z ob. Sołdkiem Stanisławem.

Na gorące zaproszenie słuchaczek — ob. Sołdek, kandydat na posła do Sejmu, odwiedził Ośrodek w Kwidzyniu w dn. 19 października rb.

Żywo toczyła się rozmowa na temat pracy i studiów ob. Sołdka. Słuchaczki również opowiadały o swoim życiu i pracy w Ośrodku, podkreślając wdzięczność Polsce Ludowej za możność kształcenia się w umiłowanym zawodzie, jakim jest pielęgniarstwo, szczególnie im bliskie w obecnej dobie, gdyż służy ono ludziom pracy miast i wsi.

Ob. Sołdek zapytany o swe wrażenia z Kongresu Międzynarodowego Związku Studentów w Pradze w r. 1951, szeroko naświetlił sytuację młodzieży studiującej w krajach kapitalistycznych, jak USA, Francja i Anglia, gdzie panoszy się niesprawiedliwość społeczna, wykluczająca ludzi innej rasy z kręgu obywateli pełnouprawnionych. Przeciwstawił możliwości rozwojowe młodzieży w krajach demokracji ludowych i ZSRR.

Żegnając się z młodzieżą, ob. Sołdek wpisał do kroniki Ośrodka następujące słowa: „Serdeczne i miłe spotkanie, nacechowane świadomością i wyrobieniem społeczno - politycznym uczennic — świadczy o doborze zdrowego elementu młodzieży robotniczo-chłopskiej oraz o pracy wychowawczej personelu kursu".

W czasie wyborów do Sejmu personel pielęgniarski pomagał chorym przejść do urn wyborczych. Uczennica Szkoły Państwowej Pielęgniarstwa Nr 1 w Warszawie, **Jadwiga Sekutowicz**, przyprowadziła chorego do urny .



NASZE ZADANIA W MIESIĄCU PRZYJAŹNI POLSKO-RADZIECKIEJ NA TERENIE SZKÓŁ PIELĘGNIARSTWA

Tegoroczny Miesiąc Przyjaźni Polsko-Radzieckiej przypada na okres wielkiej wagi wydarzeń politycznych, wydarzeń o historycznym znaczeniu.

Na czoło tych wydarzeń skupiających uwagę milionów ludzi na całym świecie wysunął się XIX Zjazd Komunistycznej Partii Związku Radzieckiego oraz ukazanie się w przeddzień Zjazdu genialnej pracy Józefa Stalina pod tytułem „Ekonomiczne problemy socjalizmu w ZSRR."

Głównym zagadnieniem w naszej pracy wychowawczo - politycznej wśród uczennic jest wskazywanie na przyjazne stosunki między Polską a ZSRR i korzyści z nich wypływające, wskazywanie na bezcenne wartości wymiany towarowej między Polską a ZSRR oraz na stanowisko ZSRR w sprawie granicy na Odrze i Nyssie.

KOLEŻANKI!

nadsyłajcie do Kroniki wiadomości z terenu Waszej pracy

W miesiącu Przyjaźni Polsko-Radzieckiej szkolne Koła ZMP mają do spełnienia bardzo poważne zadania polityczne. Występy artystyczne o tematyce radzieckiej, odczyty np. na temat osiągnięć medycyny radzieckiej, uczą młodzież i pogłębiają jej wiedzę o ZSRR.

Na zebraniu aktywu naszej szkoły nakreśliłyśmy plan pracy na cały miesiąc. Postanowiłyśmy przy pomocy rzutnika wyświetlić kilka przeźroczy z życia narodów ZSRR, zorganizować dyskusję nad przeczytanymi książkami autorów radzieckich, nauczyć się kilku nowych pieśni radzieckich, wzmóc propagandę książek radzieckich.

W bibliotekach szkół pielęgniarstwa ruch jest na ogół mały. Słuchaczki nie korzystające z biblioteki tłumaczą się zazwyczaj brakiem czasu. Czytelnictwo w szkołach trzeba ożywić, na dobrą książkę musi się zawsze znaleźć czas, choćby 20 minut dziennie. W pracy biblioteki nie można stosować polityki wyczekiwania na czytelnika. W naszej szkole zorganizowałyśmy pod hasłem „książka radziecka to przyjaciel młodzieży" kącik poświęcony przeglądowi literatury radzieckiej. Kącik ten posiada też różne czasopisma radzieckie.

Nauki wielkiego Lenina i Stalina są dla nas w szkole i wychowaniu najcenniejszymi drogowskazami.

korespondentka Z. I.

Wolna Trybuna

Do dyskusji — Jakie powinny być metody wychowania w szkole pielęgniarstwa i jakie powinno być oblicze personelu wychowawczego?

W naszej pracy pedagogicznej na terenie szkół pielęgniarstwa powinniśmy się wzorować na wybitnych pedagogach radzieckich jak: *Makarekno, Kairow, Boldyriew* i inni.

Problematyka wychowawcza jest ściśle powiązana z problematyką polityczną i dlatego też, jak mówi *Makarenko:* „Nie możemy poprostu tylko wychowywać człowieka, nie mamy prawa podejmować pracy wychowawczej, nie stawiając sobie jasno określonego celu politycznego".

Praca nauczyciela — wychowanie nowych zastępców budowniczych Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej— jest dziś droga i bliska każdemu polskiemu obywatelowi.

Wychowując pielęgniarki, wychowujemy młode pokolenie, przyszłych budowniczych socjalizmu w Polsce, kształtujemy umysły i uczucia setek dziewcząt, kształtujemy dusze tych, co już jutro staną obok nas lub nawet zastąpią w wielkim, porywającym dziale — budowy ustroju bez wyzysku, ustroju sprawiedliwości społecznej.

Największą naszą bolączką jest to, że najczęściej nasz personel wychowawczy i pedagogiczny jest nieprzygotowany do pedagogicznej pracy. Instruktorkami są przeważnie młodziutkie absolwentki państwowych szkół pielęgniarstwa, zaś — lekarze bardzo rzadko kiedy posiadają przygotowanie pedagogiczne. Dążąc do dobrej jakości młodych kadr, musimy rozporządzać przede wszystkim dobrymi jakościowo kadrami wychowawczymi. Każda instruktorka, czy dyrektorka o ile nie ma przeszkolenia pedagogicznego, powinna dokształcać się sama w pedagogice, czytając dzieła wybitnych pedagogów radzieckich. Oprócz stałego pogłębiania wiadomości fachowych, personel szkoły powinien brać udział w prasówkach i szkoleniu ideologicznym. Poza tym należy zakupić do biblioteki książki z zakresu pedagogiki i psychologii, za chęcić personel do czytania oraz omawiać niektóre ważniejsze zagadnienia na odprawach roboczych.

Światopogląd człowieka wyraża się w jego postępowaniu. Jeżeli między głoszonymi przez człowieka zasadami, a jego postępowaniem istnieje rozbieżność, znaczy to, że jest on fałszywy, głosi poglądy, których nie uznaje, bądź też że światopogląd ten nie jest w nim ugruntowany, co powoduje niemożność zastosowania jego zasad w życiu codziennym. Dlatego też wartość moralna człowieka, przejawiająca się w jego postępowaniu, świadczy o jego wartości politycznej.

Prezydent Bolesław Bierut podkreślił to bardzo mocno w swym przemówieniu o Planie 6-letnim: „Będziemy sprawdzać w życiu codziennym słowne deklaracje patriotyczne i pokojowe".

Jedynie życie codzienne, postępowanie „na codzień" może dać sprawdzian, czy światopogląd głoszony przez człowieka jest jego rzeczywistym światopoglądem.

Absolwentki naszych szkół powinny dać dowód pracą i swoim postępowaniem w życiu codziennym, że otrzymały socjalistyczne wychowanie. Moralność człowieka określa się tym, co on uważa za złe, a co za dobre, jest ona zależna od rozumienia otaczającego świata, od zrozumienia zjawisk w przyrodzie i zjawisk zachodzących w życiu społeczeństwa. Naszym zadaniem jest, aby młodzież zrozumiała pewne zjawiska i umiała zastosować w życiu normy moralne.

Prezydent Bierut mówił w swym przemówieniu na posiedzeniu Komisji Konstytucyjnej, że „Konstytucja gwarantuje, iż lud pracujący miast i wsi stanie się prawdziwym gospodarzem swego kraju".

Nasza młodzież musi się nauczyć gospodarzyć, zaczynając od małego odcinka, musi nauczyć się czuć prawdziwym gospodarzem w swojej szkole. Poważnym i bardzo trudnym zadaniem jest wyrabiać w nich nową moralność socjalistyczną. „Szanuj dobro społeczne, które jest także i twoje, nie niszcz stołów, bo są wspólną własnością, służą nam i są przez nas wytwarzane".

Trzeba młodzież tak powiązać z naszym krajem, z jego ustrojem i ekonomiką, ażeby rzeczywiście czuła się gospodarzem, aby rozumiała, że w naszym ustroju „społeczne" jest także moje i twoje, nas wszystkich. Jeżeli uczennica uszkodzi coś z lekkomyślności, będzie się poczuwała do obowiązku naprawienia tej rzeczy, uważając ją za własną.

Musimy pamiętać, że młodzież jest bardzo wrażliwa na żywy przykład, na naśladownictwo. Młodzież ma takie poczucie prawdy i taki dar obserwacji, że nikt nie potrafi jej okłamać. Uczennice nasze są bardzo uważnymi obserwatorami wychowawców i wiedzą o nas bardzo wiele, czego często się nie domyślamy. Na ogół znane im są sprawy naszego życia. *Kalinin*, pedagog radziecki, określił to w ten sposób: „Świato-

pogląd nauczyciela, jego życie, jego stosunek do każdego zjawiska oddziaływa w ten czy w inny sposób, na wszystkich uczniów". Oto dlaczego ważną jest rzeczą, aby osoby wychowujące uważały na siebie, ażeby zdawały sobie sprawę, że ich zachowanie i ich czyny znajdują się pod naj ściślejszą obserwacją i stanowią jednocześnie przykład. Żywy przykład życia personelu wychowawczego, i jego poziom ideologiczny są warunkiem osiągnięcia pozytywnych wyników w wychowaniu młodych kadr pielęgniarskich. Wychowywać powinien personel, który rozumie świat, który wie, że można świat przekształcić, który walczy ze wszystkim złem i ze wszystkimi niedociągnięciami, jakie w swym otoczeniu zaobserwuje. Nasza postawa i praca powinna zmierzać do tego, aby rozbudzić miłość do Ludowej Ojczyzny, do wielkiego przyjaciela narodu polskiego, do Związku Radzieckiego.

Nie mówmy ciągle o naszych osiągnięciach, a wskażmy także na błędy i braki, źródła tych braków i konieczność ich pokonania. Hartujmy młodzież do walki, uczmy kochać Ojczyznę nie tylko za to, co w niej jest dobre i łatwe, ale i za to, że w tej Ojczyźnie trzeba walczyć o to dobre, żyjąc w niej trzeba walczyć o wielkie sprawy ludzkie.

Irena Zabrodzka
Dyrektorka Ośrodka
Szkolenia Młodszych
Pielęgniarek w Zabrzu

Przegląd prasy

Koleżanki! Wiedza medyczna wciąż idzie naprzód i każdy dzień przynosi nowe zdobycze naukowe. Aby dobrze wypełnić swoje obowiązki, musimy stale uzupełniać i uaktywniać swoje wiadomości. Z tego względu Redakcja „Pielęgniarki Polskiej" będzie umieszczać w poniższej rubryce tytuły i krótkie omówienia treści artykułów, które niewątpliwie zainteresują nasze czytelniczki — pielęgniarki.

POLSKI TYGODNIK LEKARSKI Nr 39

Taniewski J. — Dziedziczność i konstytucja.

Autor przypomina zasady dziedziczności głoszone przez Darwina, poglądy na tę sprawę Mendla, Morgana i Weismana, przeciwstawiając im naukę Miczurina i Łysenki o wpływie warunków zewnętrznych na dziedziczenie cech nabytych. Opierając się na nauce agrobiologów radzieckich, autor omawia sprawę dziedziczności schorzeń otolaryngologicznych, podkreślając wielką wagę czynników zewnętrznych w rozwoju zmian chorobowych.

POLSKI TYGODNIK LEKARSKI Nr 40

K. Watorski — Zatrucia fenolem śmiertelne i lekkie.

Na przykładzie 2 wypadków — lekkiego i ciężkiego — wykazano wysoką toksyczność fenolu oraz zastosowane leczenie w oparzeniach tym płynem.

ZDROWIE PUBLICZNE Nr 5

Dr J. Sztachelski, Minister Zdrowia — Osiągnięcia Służby Zdrowia.

Dr I. Hausmanowa — Droga rozwoju nauk medycznych.

Autorka podaje organizację Rady Naukowej oraz plan pracy na najbliższe lata.

Dr Z. Grynberg — Finanse służby zdrowia.

Sumy przewidziane w budżecie państwowym charakteryzują politykę państwa w dziedzinie ochrony zdrowia ludności.

Dr J. Wolański — Rozwój profilaktyki i lecznictwa.

Opierając się na dużym materiale statystycznym, autor przedstawia wyniki akcji profilaktycznej i rozwój lecznictwa w Polsce Ludowej.

Dr H. Słomczyńska — Ochrona zdrowia matki i dziecka.

Ochrona zdrowia matki i dziecka w Polsce Ludowej polega nie tylko na udostępnieniu leczenia, lecz przede wszystkim na szerokim prowadzeniu akcji zapobiegawczej, a zwłaszcza prowadzeniu walki z chorobami zakaźnymi i społecznymi. Następnie autorka nakreśla założenia programowe departamentu ochrony matki i dziecka na rok 1953.

Prof. dr. K. Rowiński — Lekarz Polski Ludowej.

Obecny ustrój i polityka w dziedzinie lecznictwa stwarza nowy typ lekarza. — obywatela

POŁOŻNA Nr 10

Dr H Chatys — Opieka nad kobietą ciężarną.

Pielęgniarki rozpoczynające pracę w Poradni K., znajdą w tym artykule wskazówki dotyczące zadań tej poradni oraz roli pielęgniarki.

Dr Z. Filar — Rola mikroskopu w położnictwie i ginekologii.

Autor podaje poglądy w dawnych czasach na zagadnienie powstawania i rozwoju płodu, opierając swe wiadomości na pierwszych drukach wydanych w Polsce w XVI w. Mikroskop przyczynił się do rozwoju nauki o zapłodnieniu i fazach życia płodowego.

Dr T. Zlatkes — Wskazania lekarskie do przerwania ciąży.

Warszawskie Tow. Ginekologiczne w r. 1951 zatwierdziło z niewielkimi zmianami wytyczne z r. 1927 wskazania lekarskie do przerwania ciąży z punktu widzenia medycyny wewnętrznej, ze względu na schorzenia umysłowe, wskazania położnicze i inne.

PRZEGLĄD ZWIĄZKOWY Nr 10

Z. Kratko — Partie a Związki Zawodowe.

Autor podaje w zarysie historię powstawania i rozwój związków zawodowych i udział partii komunistycznej w ich organizowaniu. Wyjaśnienia z zakresu przepisów prawa pracy. Wyjaśnienia z zakresu ubezpieczenia rodzinnego.

Spis treści miesięcznika „Pielęgniarka Polska" za rok 1952

ARTYKUŁY WSTĘPNE I POLITYCZNE

ARTYKUŁY O TREŚCI SPOŁECZNEJ

Z DOŚWIADCZEŃ RADZIECKICH

ARTYKUŁY MEDYCZNE

ARTYKUŁY PIELĘGNIARSKIE

DIETA

TŁUMACZENIA Z ROSYJSKIEGO

WOLNA TRYBUNA

Z NOTATNIKA PIELĘGNIARKI

ZE SZKÓŁ I KURSÓW

KRONIKA Z KRAJU

KRONIKA ZAGRANICZNA

RECENZJE

PRZEGLĄD PRASY KRAJOWEJ

PAŃSTWOWY ZAKŁAD WYDAWNICTW LEKARSKICH

POLECA

Bernhardt R. — Opatrunki dermatologiczne 49, str. 64	zł 4,80
Bogusz J. — Wiadomości z chirurgii dla pielęgniarek 48, str. 186, ryc. 42	„ 9,60
Choroby wieku dziecięcego. Podrecznik dla pielęgniarek pod red. A. J. Dobrochotowej. Przekł. z jęz. ros. 51, str. 493, ryc. 14	„ 26,50
Coppi E. E. — Praca pielęgniarki w szpitalach dziecięcych i zakładach wychowawczych. Przekł. z jęz. ros. 50, str. 253, ryc. 79	„ 20,00
Czarnocki W. — Patologia. Podręcznik dla pielęgniarek 50, str. 248, ryc. 24	„ 9,75
Giżycki J. — Pracuję na chirurgii. Wskazówki dla niższych pracowników szpitalnych 51, str. 211, ryc. 61	„ 10,25
Gruźlica. Praca zbiorowa pod red. Klebanowa. Podręcznik dla pielęgniarek. Przekł. z jęz. ros. 51, str. 255, ryc. 22	„ 15,80
Ichtejman M. — Podręcznik dla pielęgniarek, Cz. I/II. Przekł. z jęz. ros. 51, str. 1,112, ryc. 601	„ 69,60
Kamiński W. — Ratownictwo w nagłych przypadkach. 51, str. 155, ryc. 70	„ 6,30
Kulczyńska T. — Podręcznik pielęgniarstwa 51, str. 388, ryc. 23	„ 12,10
Łorie J. P. — Podstawy dietetyki. Podręcznik zalecony do użytku średniego personelu Służby Zdrowia. Przekł. z jęz. ros. 50, str. 342	„ 17,00
Marzejew A. W. — Podręcznik higieny. Przekł. z jęz. ros. 52, str. 360, ryc. 62	„ 19,00
Melanowski W. H. — Choroby oczu. Leczenie i zapobieganie. 51, str. 88, ryc. 39	„ 9,50
Michejew W. W. i Nejman A. W. — Choroby nerwowe i psychiczne. Przekł. z jęz. ros. 51, str. 223, ryc. 59	„ 8,90
Miller N. F. i in. — Ginekologia i pielęgniarstwo ginekologiczne. 51, str. 536, ryc. 240	„ 22,80
Motak A. — Choroby zakaźne. 51, str. 200, ryc. 28	„ 21,10
— Mikrobiologia lekarska. 50, str. 175, ryc. 27	„ 7,20
Rudowski J. — Zarys nauki o lekach dla pielęgniarek. 48, str. 173, ryc. 5	„ 9,60
Rutkowski J. — Nauka o opatrunkach. 49, str. 258, ryc. 203	„ 15,00
Steckiewicz — Krzeska J. — Pracuję przy chorych. Cz.I. Izba przyjęć. Choroby zakaźne. Choroby wieku dziecięcego. 51, str. 130, ryc. 46	„ 8,00
Toporkow F. — Choroby zakaźne oraz podstawy epidemiologii, mikrobiologii i pielęgnowania chorych. Przekł. z jęz. ros. 51, str. 367, ryc. 108	„ 13,60
Wasilenko W. Ch. — Podręcznik chirurgii. Przekł. z jęz. ros. 51, str. 447, ryc. 323	„ 31,60
Wilczek M. — Choroby oczu.49, str. 151, ryc. 69	„ 7,50
Wojciechowski B. — Anatomia i fizjologia. 51, str. 416, ryc. 165	„ 25,00
Zabiegi pielęgniarskie. Praca zbiorowa pod red. T. Kulczyńskiej i E. Chrzanowskiej. Wyd. VII popr. 50, str. 143 ilustr.	„ 7,80
Zaorski J. — Podręcznik mieszenia leczniczego (masażu). 49, str.1 01, ryc. 84	„ 9,00

do nabycia

w Księgarni Medycznej „DK" w Warszawie ul. Mokotowska 24 oraz we wszystkich większych Księgarniach „Domu Książki" w całej Polsce.

REDAKCJA: Warszawa, ul. J. Stalina 22 m. 5 Zw. Zaw. Pr. S. Zdrowia. — Tel. 8-60-10. Redaktor przyjmuje: poniedziałki i środy w godz. 15 — 17. Redakcja czynna: codziennie 11 — 13. ADMINISTRACJA: Warszawa, ul. Srebrna 12 — Państwowe Przedsiębiorstwo Kolportażu „Ruch".
Prenumerata miesięczna: zł 1.50, kwartalna zł 4.50, półroczna zł 9.00, roczna zł 18.00, CENY OGŁOSZEŃ: cała stronica 1.200 zł, 1/2 str. 750 zł, 1/4 str. 450 zł, 1/8 str. 300 zł, 1/16 str. 210 zł, 1/32 str. 150 zł.

Zakł. Graficzne Wyd. MON, W-wa. Zam. Nr 6211 3-B-29912.